

Dermatologica Helvetica

- ☐ **Dishydropse**
- ☐ **Die Hautkrankheit von Karl Marx**
- ☐ **PCR für Onychomykosen**
- ☐ **Preis der Dermatologica Helvetica 2007**
- ☐ **Dishydropse**
- ☐ **La dermatose de Karl Marx**
- ☐ **PCR des onychomycoses**
- ☐ **Prix Dermatologica Helvetica 2007**

Dieses Heft wurde für die Fortbildung der Schweizer Dermatologen dank einer Hilfe der folgenden Firma realisiert :

Ce numéro a été réalisé grâce à une aide pour la formation continue des dermatologues suisses de la firme :

Le programme anti-acné de Spirig



Acnécolor® Acnéfuge® Clindamycine 1% Spirig Doxycycline® Féminac 35® Minac® Procutol® Trétinac®

Acnécolor®: C: Clotrimazole. Pâte-crème teintée: 10 mg/g. **I:** Acné vulgaire. **P:** 1-2x/jour. **CI:** Contact avec les muqueuses et les yeux. **Liste:** C. **Acnéfuge®:** C: Peroxyde de benzoyle. Emulsion: 50 mg/ml. **I:** Acné vulgaire. **P:** 1(-2x)/jour. **CI:** Contact avec les muqueuses et les yeux. **Liste:** C, LS. **Clindamycine 1% Spirig:** C: Clindamycine (ut phosphate). Solution (1 ml): 10 mg. **I:** Acné vulgaire. **P:** 2x/j. **CI:** Hypersensibilité à la lincomycine. **Liste:** B, LS. **Doxycycline®:** C: Doxycycline. Comprimés: 100 mg, 200 mg. **I:** Infections (p.ex. acné). **P:** Adultes et adolescents: 100(-200) mg/jour. **CI:** Hypersensibilité, trouble grave de la fonction hépatique, gross/allait. **Liste:** A, LS. **Féminac® 35:** C: Dragées: acétate de cyprotérone 2 mg, éthinyloestradiol 35 µg. **I:** Contraception chez les femmes présentant des symptômes d'androgénisation. **P:** 1 dragée/jour du 1^{er} au 21^e j. du cycle, puis 7 j. de pause. **CI:** Troubles de la fonction hépatique, processus thromboemboliques, gross/allait. **Liste:** B. **Minac®:** C: Minocycline. Capsules: 50 mg. **I:** Acné. **P:** 1 caps. matin et soir avec les repas, pendant au moins 4-6 sem. **CI:** Troubles graves de la fonction rénale ou hépatique, gross/allait. **Liste:** A, LS. **Procutol®:** C: Triclosan. Lotion: 10 mg/ml. **I:** Antiseptique cutané. **P:** Utiliser comme un savon. **Liste:** D, LS. **Trétinac®:** C: Isotrétinoïne. Capsules: 10 mg, 20 mg. **I:** Formes sévères de l'acné. **P:** 1 à 2 prises par jour avec un repas; initialement 0.5 mg/kg/jour, puis adaptation individuelle jusqu'à une dose maximale de 2.0 mg/kg/jour. **CI:** Insuffisance hépatique ou rénale, prise concomitante de tétracyclines, gross/allait. **Liste:** A, LS. Pour de plus amples informations, consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

NOUVEAU Clindamycine 1% Spirig 30 et 100 ml



**RUBRIKEN DER DERMATOLOGICA HELVETICA
RUBRIQUES DE DERMATOLOGICA HELVETICA**

Weiterbildung / Formation continue

Redaktionsbüro / Bureau éditorial

J.-H. Saurat	Hauptschriftleitung Editeur en chef
M. Harms	Schriftleitung Editeur en chef adjointe
S. Kuenzli	Schriftleitung Westschweiz Editeur député pour la Suisse romande
T. Hofer	Schriftleitung Deutschschweiz Editeur député pour la Suisse alémanique
C. Mainetti F. Pelloni	Schriftleitungen Tessin Editeurs députés pour le Tessin

e-mail : derm.helv@bluewin.ch

Journal-Klub / Journal-Club
Fokus / Focus

J.-H. Saurat Redaktionsbüro / Bureau éditorial
derm.helv@bluewin.ch

Klinische Fälle / Cas cliniques
Universitätskliniken und praktizierende Ärzte
Les cliniques universitaires et les praticiens

Fragen und Antworten / Questions et réponses
A.-A. Ramelet, Lausanne
aaramelet@hin.ch

**Neues aus dem Fachgebiet / Nouvelles
professionnelles**

Forum des Präsidenten der SGDV / Tribune du
Président de la SSDV
T. Hofer
thomas.hofer@sec.hin.ch

Neues aus der SGDV / Nouvelles de la SSDV
M. Pongratz
e-mail: sgdv-ssdv@hin.ch

Neues aus den Kliniken / Nouvelles des cliniques
Klinikdirektoren / Les directeurs des cliniques

Neues aus den kantonalen Fachgesellschaften /
Nouvelles des Sociétés cantonales de la spécialité
Präsidenten der Gesellschaften / Les présidents des sociétés

Ankündigungen (Kongresse/Kolloquien) und Berichte / Annonces
(congrès/colloques) et Bureau éditorial
derm.helv@bluewin.ch

Freies Forum / Tribune libre
Redaktionsbüro / Bureau éditorial
derm.helv@bluewin.ch

Humorvolles und Launiges / Billet d'humour et d'humeur
J.P. Grillet
derm.helv@bluewin.ch

Neues aus der Industrie / Nouvelles de l'industrie
Redaktionsbüro / Bureau éditorial
derm.helv@bluewin.ch

Druck / Impression
Atar Roto Presse SA, Vernier

ISSN : 1420-2360

Für den Inhalt ausserhalb des redaktionellen Teils (insbesondere Anzeigen, Industrieinformationen, Pressezipitate und Kongressinformationen) übernehmen Redaktion und Verlag keine Gewähr. Eine Markenbezeichnung kann warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung in dieser Zeitschrift das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlen sollten.

L'éditeur et la rédaction déclinent toute responsabilité concernant le contenu non rédactionnel du périodique (en particulier les annonces, les informations émanant de l'industrie, les citations tirées de la presse et les informations issues de congrès). Une marque déposée peut jouir d'une protection légale même si elle est mentionnée dans le périodique sans le symbole ® ou toute autre marque signalant, le cas échéant, une telle protection juridique.

Dosierungsangaben von Medikamenten:

Autoren und Verlag haben alle Anstrengungen unternommen, um sicherzustellen, dass Auswahl und Dosierungsangaben von Medikamenten im vorliegenden Text mit den aktuellen Vorschriften und der Praxis übereinstimmen. Trotzdem muss der Leser im Hinblick auf den Stand der Forschung, Änderungen staatlicher Gesetzgebungen und den unterbrochenen Fluss neuer Forschungsergebnisse bezüglich Medikamentenwirkung und -nebenwirkungen darauf aufmerksam gemacht werden, dass unbedingt bei jedem Medikament der Packungsprospekt konsultiert werden muss, um mögliche Änderungen im Hinblick auf Indikation und Dosis nicht zu übersehen. Gleiches gilt für spezielle Warnungen und Vorsichtsmassnahmen. Ganz besonders gilt dieser Hinweis für empfohlene neue und/oder nur selten gebrauchte Wirkstoffe. Alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Genehmigung des Verlags dürfen diese Publikation oder Teile daraus nicht in andere Sprachen übersetzt oder in irgendeiner Form mit mechanischen oder elektronischen Mitteln (einschliesslich Fotokopie, Tonaufnahme und Mikrokopie) reproduziert oder auf einem Datenträger oder einem Computersystem gespeichert werden.

Posologie des médicaments:

Les auteurs et l'éditeur ont tout mis en œuvre pour s'assurer que le choix des médicaments et la posologie préconisés dans ce texte soient conformes aux recommandations et à la pratique au moment de la publication. Cependant, compte tenu des recherches en cours, des changements dans les législations et de l'afflux constant de données nouvelles concernant la thérapie médicamenteuse et l'effet des médicaments, il est vivement recommandé au lecteur de vérifier sur la notice jointe à chaque emballage si aucune modification n'est intervenue dans la posologie et si aucune nouvelle contre-indication ou précaution à prendre n'a été signalée. Cela est particulièrement important lorsque l'agent recommandé est nouveau ou peu employé. Tous droits de reproduction, même partielle,

In vitro and in vivo wound healing-promoting activities of human cathelicidin LL-37.

CARRETERO M., ESCÁMEZ MJ., GARCÍA M., DUARTE B., HOLGUÍN A., RETAMOSA L., JORCANO J.L., RÍO M.D., LARCHER F.

CIEMAT-CIBERER, Madrid, Spain.

Journal of Investigative Dermatology. 2008, 128(1) : 5-6.

The human antimicrobial peptide LL-37 plays an important role in host defense against infection. In addition to its antimicrobial action, other activities have been described in eukaryotic cells that may contribute to the healing response. In this study, we demonstrated that in vitro human cathelicidin activates migration of the human keratinocyte cell line HaCaT, involving phenotypic changes related to actin dynamics and associated to augmented tyrosine phosphorylation of proteins involved in focal adhesion complexes, such as focal adhesion kinase and paxillin. Other events involved in the LL-37 response were the induction of the Snail and Slug transcription factors, activation of matrix metalloproteinases and activation of the mitogen-activated protein kinase, and phosphoinositide 3-kinase/Akt signaling pathways. These signaling events could be mediated not only through the transactivation of EGFR but also through the induction of G-protein-coupled receptor FPRL-1 expression in these cells. Finally, by in vivo adenoviral transfer of the antimicrobial peptide to excisional wounds in ob/ob mice, we demonstrated that LL-37 significantly improved re-epithelialization and granulation tissue formation. The protective and regenerative activities of LL-37 support its therapeutic potential to promote wound healing.

A 3-Year Causative Study of Pompholyx in 120 Patients

M.H. GUILLET, WIERZBICKA E., GUILLET S., DAGREGORIO G, GERARD GUILLET, MD

Centre Hospitalo-Universitaire de Poitiers, Poitiers, France.

Archives of Dermatology 2007, 143(12): 1504-08

Objective: To assess the relative frequency of the different

causes of pompholyx evoked in the literature. Design: Prospective survey.

Setting: Clinical outpatient setting.

Patients: A total of 120 consecutive patients with pompholyx referred to our department from 2000 through 2003.

Main Outcome Measures: Systematic investigation of different causes of pompholyx: fungal intertrigo, hyperhidrosis, atopy, contact eczema, and internal reactions with systematic provocation tests to metals, balsam of Peru, and food allergen when suspected.

Results: The present study found the following causes of pompholyx in the 120 patients: mycosis (10.0%); allergic contact pompholyx (67.5%), with cosmetic and hygiene products as the main factor (31.7%), followed by metals (16.7%); and internal reactivation from drug, food, or haptenic (nickel) origin (6.7%). The remaining 15.0% of patients were classified as idiopathic patients, but all were atopic. (Percentages do not total 100 because of rounding.)

Conclusions: Our data confirm the existence of reactional pompholyx to interdigital-plantar intertrigos and endogenous reactions to metals or other allergens, but they mainly point at the unexpected importance of a so-called contact pompholyx in which cosmetic and hygiene products play a preponderant role compared with metals. The great frequency of atopic conditions, even if idiopathic pompholyx is not inferred as an equivalent of atopy, should lead to further causative investigations before undertaking more expensive or extensive treatments of refractory pompholyx.

The nature and consequence of Karl Marx's skin disease.

S. SHUSTER

Norfolk and Norwich University Hospital, Norwich, U.K.

British Journal of Dermatology 2008, 58, 1-3

From an analysis of the original correspondence, it has been possible to establish that Karl Marx's incapacitating skin disease was hidradenitis suppurativa, not 'boils' as was universally assumed at the time and since; the psychological effect of this illness on the man and his work appears to have been considerable.

Therapeutic differentiation and maturation of lymphatic vessels after lymph node dissection and transplantation.

TAMMELA T., SAARISTO A., HOLOPAINEN T., LYYTIKKÄ J., KOTRONEN A., PITKONEN. M, ABO-RAMADAN U., YLÄ-HERTTUALA S., PETROVA T.V., ALITALO K.

Biomedicum Helsinki, University of Helsinki, Finland.

Nature Medicine 2007, 13(12) :1458-66.

Surgery or radiation therapy of metastatic cancer often damages lymph nodes, leading to secondary lymphedema. Here we show, using a newly established mouse model, that collecting lymphatic vessels can be regenerated and fused to lymph node transplants after lymph node removal. Treatment of lymph node-excised mice with adenovirally delivered vascular endothelial growth factor-C (VEGF-C) or VEGF-D induced robust growth of the lymphatic capillaries, which gradually underwent intrinsic remodeling, differentiation and maturation into functional collecting lymphatic vessels, including the formation of uniform endothelial cell-cell junctions and intraluminal valves. The vessels also reacquired pericyte contacts, which downregulated lymphatic capillary markers during vessel maturation. Growth factor therapy improved the outcome of lymph node transplantation, including functional reconstitution of the immunological barrier against tumor metastasis. These results show that growth factor-induced maturation of lymphatic vessels is possible in adult mice and provide a basis for future therapy of lymphedema.

Smoking and Skin Aging in Identical Twins.

DOSHI D.N., HANNEMAN K.K., COOPER K.D.

Case Western Reserve University, Cleveland, USA

Archives of Dermatology 2007, 143(12) :1543-46

Background : A twin pair can provide a rare opportunity to control for genetic susceptibility and exposure variables, which often serve as major confounders in population-based studies on the relationship between smoking and skin aging.

Observations : We describe a unique twin pair who spent not only their first 2 decades of life together but also in their later decades had the same type of job at the same latitude, resulting in well-matched levels of significant sun exposure. However, the twins differed markedly in regard to smoking history; the twin with an approximately 52.5-pack-year smoking history showed more severe skin aging than did the nonsmoking twin.

Conclusion : The difference in skin aging illustrated by this twin pair may serve as a motivator for smoking cessation.

Outcomes 18 months after the first human partial face transplantation.

DUBERNARD J.M., LENGELÉ B., MORELON E., TESTELIN S., BADET L., MOURE C., BEZIAT J.L., DAKPÉ S., KANITAKIS J., D'HAUTHUILLE C., EL JAAFARI A., PETRUZZO P., LEFRANCOIS N., TAHA F., SIRIGU A., DI MARCO G., CARMÍ E., BACHMANN D., CREMADES S., GIRAUX P., BURLOUX G., HEQUET O., PARQUET N., FRANCÈS C., MICHALLET M., MARTIN X., DEVAUCHELLE B.

Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France

New England Journal of Medicine 2007, 357(24) : 2451-60

Background : We performed the first human partial face allograft on November 27, 2005. Here we report outcomes up to 18 months after transplantation.

Methods : The postsurgical induction immunosuppression protocol included thymoglobulins combined with tacrolimus, mycophenolate mofetil, and prednisone. Donor hematopoietic stem cells were infused on postoperative days 4 and 11. Sequential biopsy specimens were taken from a sentinel skin graft, the facial skin, and the oral mucosa. Functional progress was assessed by tests of sensory and motor function performed monthly. Psychological support was provided before and after transplantation.

Results : Sensitivity to light touch, as assessed with the use of static monofilaments, and sensitivity to heat and cold had returned to normal at 6 months after transplantation. Motor recovery was slower, and labial contact allowing complete mouth closure was achieved at 10 months. Psychological acceptance of the graft progressed as function improved. Rejection episodes occurred on days 18 and 214 after transplantation and were reversed. A decrease in inulin clearance led to a change in immunosuppressive regimen from tacrolimus

to sirolimus at 14 months. Extracorporeal photochemotherapy was introduced at 10 months to prevent recurrence of rejection. There have been no subsequent rejection episodes. At 18 months, the patient is satisfied with the aesthetic result.

Conclusions : In this patient who underwent the first partial face transplantation, the functional and aesthetic results 18 months after transplantation are satisfactory.

Ex vivo dermoscopy of melanocytic tumors: time for dermatopathologists to learn dermoscopy.

SCOPE A., BUSAM K.J., MALVEHY J., PUIG S., MCCLAIN S.A., BRAUN R.P., MARGHOUB A.A.

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA.

Archives of Dermatology 2007, 143(12) : 1548-52

Background : We have identified cases of skin cancer with discordances between clinical, dermoscopic, and histopathologic findings that were likely due to sampling errors in the pathology laboratory. This has prompted us to explore the use of ex vivo dermoscopy as an ancillary method of gross pathology, which may serve to guide tissue sectioning. Noncontact polarized dermoscopy was applied to pigmented lesions before excision and at least 6 hours after specimen fixation in formalin.

Observations : The orientation of the lesion, overall dermoscopic pattern, and dermoscopic pigmented structures (network, globules, and peripheral streaks) were readily correlated between the in vivo and ex vivo images for 2 melanomas and 4 dysplastic nevi. Blood vessels were not observed in the ex vivo dermoscopic images, which limited their correlation with the in vivo dermoscopic images for basal cell carcinoma.

Conclusions : Dermoscopy can be applied to fixed tissues, with findings comparable to those of in vivo examination. This observation may serve as the first step toward using dermoscopy to guide tissue sectioning in gross pathology.

The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study.

GELFAND J.M., TROXEL A.B., LEWIS J.D., KURD S.K., SHIN D.B., WANG X., MARGOLIS D.J., STROM B.L.

University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, USA

Archives of Dermatology 2007, 143(12) : 1493-9

Objective : To determine the risk of mortality in patients with psoriasis.

Design : Cohort study.

Setting : General practitioners participating in the General Practice Research Database in the United Kingdom, 1987-2002. Patients: Mild psoriasis, defined as any patient with a diagnostic code of psoriasis but no history of systemic therapy; severe psoriasis, any patient with a diagnostic code of psoriasis and a history of systemic therapy consistent with severe psoriasis. The unexposed (control) population was composed of patients with no history of a psoriasis diagnostic code. Control patients were selected in a 5:1 ratio from the same practice and date in practice as the patients with psoriasis.

Main outcome measure : Hazard ratio (HR) of time to death using Cox proportional hazards models adjusted for age and sex.

Results : There was no overall effect of mild psoriasis on mortality (HR, 1.0; 95% confidence interval [CI], 0.97-1.02), whereas patients with severe psoriasis demonstrated an increased overall mortality risk (HR, 1.5; 95% CI, 1.3-1.7). The association of severe psoriasis with mortality persisted after adjustment for risk factors for mortality (HR, 1.4; 95% CI, 1.3-1.6) and after exclusion of patients with inflammatory arthropathy (HR, 1.5; 95% CI, 1.3-1.8). Male and female patients with severe psoriasis died 3.5 (95% CI, 1.2-5.8) and 4.4 (95% CI, 2.2-6.6) years younger, respectively, than patients without psoriasis ($P < .001$).

Conclusion : Severe but not mild psoriasis is associated with an increased risk of death.

"Has the patient really come to see you about something other than his 'chief complaint'? Explore"

Shelley, Walter B. "Advanced Dermatologic Diagnosis"
W.B. Saunders 1992

Mite-related bacterial antigens stimulate inflammatory cells in rosacea.

Background : Patients with papulopustular rosacea have a higher density of *Demodex folliculorum* mites on their faces than normal subjects but the role, if any, of their mites in initiating inflammation is disputed. Selective antibiotics are effective in reducing the inflammatory changes of papulopustular rosacea, but their mode of action is unknown.

Objectives : To investigate whether a *D. folliculorum*-related bacterium was capable of expressing antigens that could stimulate an inflammatory immune response in patients with rosacea.

Methods : A bacterium (*Bacillus oleronius*) was isolated from a *D. folliculorum* mite extracted from the face of a patient with papulopustular rosacea, and was investigated further.

Results : This bacterium produced antigens capable of stimulating peripheral blood mononuclear cells proliferation in 16 of 22 (73%) patients with rosacea but only five of 17 (29%) control subjects ($P = 0.0105$). This antigenic preparation was fractionated into 70 subfractions and the proteins in each fraction were visualized by sodium dodecyl sulphate-polyacrylamide gel electrophoresis. Western blot analysis revealed the presence of two antigenic proteins of size 62 and 83 kDa in fractions when probing with sera from patients with rosacea. No immunoreactivity to these proteins was recorded when probing with sera from control patients. Two-dimensional electrophoretic separation was used to isolate these proteins and matrix-assisted laser desorption/ionization time-of-flight analysis was employed to identify the relevant peptides. The 62-kDa immunoreactive protein shared amino acid sequence homology with an enzyme involved in carbohydrate metabolism and signal transduction while the 83-kDa protein was similar to bacterial heat shock proteins.

Conclusions : Antigenic proteins related to a bacterium (*B. oleronius*), isolated from a *D. folliculorum* mite, have the potential to stimulate an inflammatory response in patients with papulopustular rosacea.

British Journal of Dermatology 2007, 157 (3) : 474-81

Demodicosis and rosacea : epidemiology and significance in daily dermatologic practice.

Background : Demodicosis are thought to be rare, occurring mainly for patients with immunosuppression.

Objective : We sought to demonstrate the high frequency of demodicosis and the overlapping with papulopustular rosacea (PPR).

Methods : We conducted a prospective epidemiologic study among 10 dermatologists. High *Demodex* density (Dd) was confirmed by standardized skin surface biopsy. **RESULTS :** In all, 4372 diagnoses, in which 115 were demodicosis, were collected among 3213 patients. Demodicosis

was the 9th most frequent diagnosis (13th new). Each dermatologist observed an average of 2.4 demodicosis a week (1.2 new). The proportion of demodicosis varied greatly according to the dermatologist. The general status was good in 110 patients; only 3 had known immunodeficiency. The most frequent symptoms were follicular scales (71%) and telangiectasia (63%). The mean Dd was higher in pityriasis folliculorum ($m = 61 \text{ D/cm}^2$) than in PPR ($m = 36 \text{ D/cm}^2$; $P = .04$); 42 patients with PPR had a high Dd, 6 had a low Dd.

Conclusion : Demodicosis are frequent and occur among patients who are immunocompetent. PPR with normal Dd are rare.

Journal of the American Academy of Dermatology 2005, 52 (1) : 74-87

Two randomized phase III clinical trials evaluating anti-inflammatory dose doxycycline (40-mg doxycycline, USP capsules) administered once daily for treatment of rosacea.

Background : Doxycycline monotherapy at antimicrobial doses has been shown to be effective for the treatment of rosacea.

Objective : To evaluate the efficacy and safety of once-daily anti-inflammatory dose doxycycline for the treatment of rosacea.

Methods : In two phase III, parallel-group, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled studies (studies 301 and 302), patients received 40-mg of controlled-release doxycycline ($n = 269$) or placebo ($n = 268$) for 16 weeks. The primary efficacy end point was the mean change from baseline in facial inflammatory lesion count.

Results : The mean lesion count at baseline was approximately 20 in each study arm. At week 16, the mean change from baseline in lesion count in the active-treatment groups was -11.8 in study 301 and -9.5 in study 302 compared with -5.9 and -4.3, respectively, in the placebo groups ($P < .001$ for both comparisons). Anti-inflammatory dose doxycycline was well tolerated; the most common adverse events were nasopharyngitis (4.8%), diarrhea (4.4%), and headache (4.4%).

Limitations : In both studies, the reduction of inflammatory lesion counts did not plateau within the 16-week time frame in either treatment group. Rosacea is often treated for a period of months or years. The duration of the studies did not allow for assessment of safety beyond 16 weeks or whether the progressive improvement seen with active treatment would continue beyond 16 weeks. Neither study assessed the effect of treatment in patients with only erythematotelangiectatic (subtype 1) rosacea.

Conclusion : Once-daily anti-inflammatory dose doxycycline appears to be effective and safe for the treatment of rosacea.

Journal of the American Academy of Dermatology 2007, 56 (5) : 791-802

Remission of rosacea induced by reduction of gut transit time.

Rosacea is a chronic disorder characterized by hypersensitivity of the facial vasculature, presenting with intense flushing eventually leading to chronic erythema and telangiectasia. Although the precise aetiology of rosacea is not known, numerous associations with inflammatory gastrointestinal tract disorders have been reported. Furthermore, substance P-immunoreactive neurones occur in considerably greater numbers in tissue surrounding affected blood vessels suggesting involvement of neurogenic inflammation and moreover plasma kallikrein-kinin activation is consistently found in patients. In this report, a patient without digestive tract disease is described, who experienced complete remission of rosacea symptoms following ingestion of a material intended to sweep through the digestive tract and reduce transit time below 30 h. It is possible that intestinal bacteria are capable of plasma kallikrein-kinin activation and that flushing symptoms and the development of other characteristic features of rosacea result from frequent episodes of neurogenic inflammation caused by bradykinin-induced hypersensitization of facial afferent neurones. The possible relevance of this hypothesis to other conditions featuring afferent hypersensitivity, such as fibromyalgia, is considered.

Clinical and Experimental Dermatology 2004, 29 (3) : 297-9

Systematic review of rosacea treatments.

Background : Rosacea is a common chronic skin and ocular condition. It is unclear which treatments are most effective. We have conducted a Cochrane review of rosacea therapies. This article is a distillation of that work.

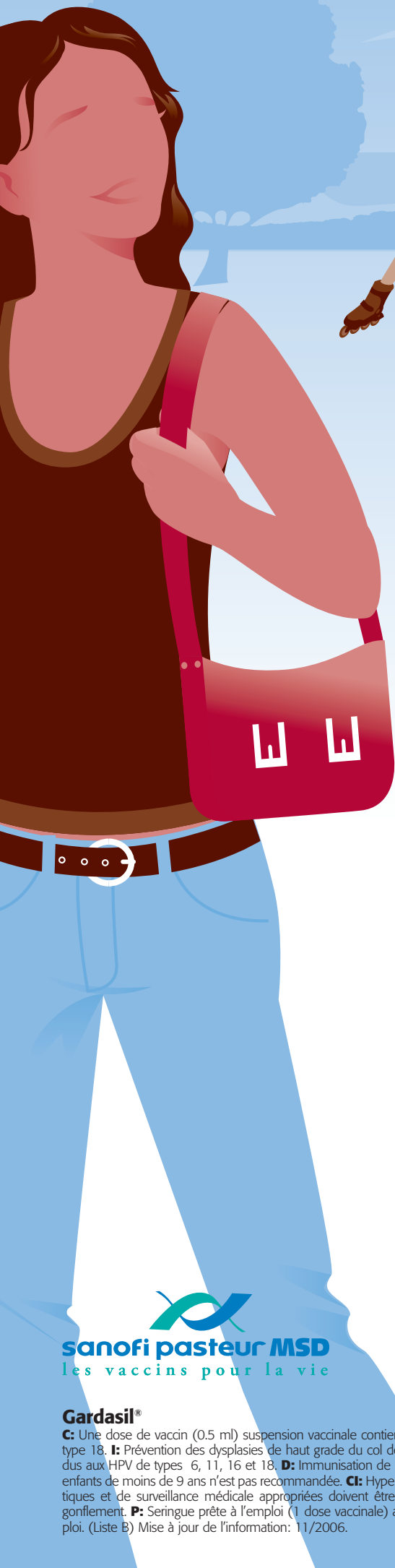
Objective : We sought to assess the evidence for the efficacy and safety of rosacea therapies.

Methods : Multiple databases were systematically searched. Randomized controlled trials in people with moderate to severe rosacea were included. Study selection, assessment of methodologic quality, data extraction, and analysis were carried out by two independent researchers. **Results :** In all, 29 studies met inclusion criteria. Topical metronidazole is more effective than placebo (odds ratio 5.96, 95% confidence interval 2.95-12.06). Azelaic acid is more effective than placebo (odds ratio 2.45, 95% confidence interval 1.82-3.28). Firm conclusions could not be drawn about other therapies.

Limitations : The quality of the studies was generally poor.

Conclusions : There is evidence that topical metronidazole and azelaic acid are effective. There is some evidence that oral metronidazole and tetracycline are effective. More well-designed, randomized controlled trials are required to provide better evidence of the efficacy and safety of other rosacea therapies.

Journal of the American Academy of Dermatology 2007, 56 (1) : 107-15



GARDASIL®

Un vaccin qui peut prévenir le cancer du col de l'utérus*

Le premier vaccin qui peut prévenir le cancer du col de l'utérus*

Avant l'apparition d'un cancer du col de l'utérus:

- GARDASIL® peut prévenir les CIN 2/3
- GARDASIL® a une efficacité avérée contre les CIN 1

Au-delà du col de l'utérus:

- GARDASIL® peut prévenir également les VIN 2/3
- Les résultats concernant l'efficacité clinique suggèrent une réduction de l'incidence de VaIN 2/3
0 cas dans le groupe GARDASIL® contre 5 cas dans le groupe placebo (le nombre de cas après 24 mois de suivi en moyenne n'a pas encore permis de déterminer le degré de signification)
- GARDASIL® peut prévenir les condylomes acuminés

Contre les affections mentionnées et liées aux papillomavirus humains de types 6, 11, 16 et 18

Pour la protection des enfants, adolescentes et jeunes femmes**

Bénéfices liés à quatre types de papillomavirus humains – Avant l'apparition d'un cancer du col de l'utérus et au-delà du col de l'utérus

* lié aux papillomavirus humains de types 16 et 18

** de 9 à 26 ans


sanofi pasteur MSD
les vaccins pour la vie

Gardasil®

C: Une dose de vaccin (0.5 ml) suspension vaccinale contient env. 20 µg Protéine L1 HPV type 6, 40 µg Protéine L1 HPV type 11, 40 µg Protéine L1 HPV type 16, 20 µg Protéine L1 HPV type 18. **I:** Prévention des dysplasies de haut grade du col de l'utérus (CIN 2/3), cancers du col de l'utérus, lésions dysplasiques de haut grade de la vulve (VIN 2/3), condylomes acuminés dus aux HPV de types 6, 11, 16 et 18. **D:** Immunisation de base: 3 doses de 0.5 ml, à injecter à 0, 2, 6 mois selon schéma vaccinal. Injection intramusculaire. Utilisation de Gardasil chez les enfants de moins de 9 ans n'est pas recommandée. **CI:** Hypersensibilité au vaccin ou à un de ses composants. **P:** Comme pour tous les vaccins administrés par injection, des mesures thérapeutiques et de surveillance médicale appropriées doivent être prêtes dans le cas d'une rare réaction anaphylactique apparaissant après injection du vaccin. **EI:** Fièvre, érythème, douleurs, gonflement. **P:** Seringue prête à l'emploi (1 dose vaccinale) avec protection de l'aiguille et 2 aiguilles séparées dans l'emballage thermoformé. Emballages de 1 et 10 seringues prêtes à l'emploi. (Liste B) Mise à jour de l'information: 11/2006.


GARDASIL®
Vaccin papillomavirus humain
[Type 6, 11, 16 et 18]
(Recombinant, adsorbé)

Der Nationale Hautkrebstag vom 7. Mai 2007

Eine kritische Auswertung

Journée nationale du cancer de la peau 2007

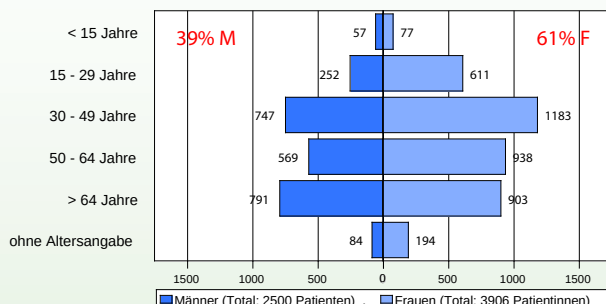
Evaluation



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

Nachdem vom 15.-19. Mai 2006 die erste Nationale Hautkrebss-woche durchgeführt worden war, hat sich die Fachkommission Hautkrebs entschlossen, 2007 «nur» einen Nationalen Hautkrebstag durchzuführen. Die Mitglieder der Fachkommission und die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) waren einhellig der Meinung, dass unsere gegenwärtigen Ressourcen nicht ausreichen, um eine ganze Woche aktiv zu gestalten. Wie schon 2006 wurde der Tag durch die Krebsliga Schweiz (KLS) in Zusammenarbeit mit der SGDV und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) organisiert. Im Vorfeld des Nationalen Hautkrebstages wurde in rund 400 Apotheken ein Hautkrebs-Risikofragebogen ausgelegt und abgegeben, der zur Verbesserung der Selektion von Risikopersonen führen sollte. Am Nationalen Hautkrebstag selber boten mehr als 150 Dermatologinnen und Dermatologen in Praxen, Spitäler und Universitätskliniken kostenlose Erstuntersuchung an. Es wurden schätzungsweise 8'000 Patienten untersucht. Von 6'490 wurde ein Fragebogen ausgefüllt und an die KLS gesandt. Davon konnten 6'406 Fragebogen ausgewertet werden. Dieses Material bietet die Grundlage für die jetzt vorliegende Auswertung

Patientenstruktur: Geschlecht / Alter



Insgesamt waren 61% der Untersuchten weiblich und nur 39% männlich. Im Vergleich zu 2006 hat sich die Patientenstruktur hier nochmals zu Gunsten der Frauen verschoben. Das ist definitiv eine Tendenz, die nicht gewünscht ist. Denn die Auswertungen zeigen, dass Männer wesentlich häufiger verdächtige Befunde aufweisen.

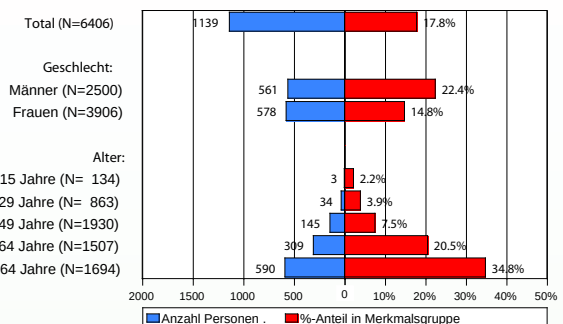
67% der untersuchten Personen gaben an, dass sie den Nationalen Hautkrebstag dazu nutzten, ein verdächtiges Pigmentmal einem Spezialisten zu zeigen. 13% beteiligten sich, weil sie sich als Risikoperson einschätzten. 10.9% der am Aktionstag Teilnehmenden gaben an, dass in ihren Familien (Personen 1. Grades) schon eines oder mehrere Melanome vorgekommen seien, 4.5%, dass bei ihnen selber schon ein- oder mehrmals ein Melanom diagnostiziert worden sei.

Etwa 30% der Untersuchten wiesen einen Hauttyp 1 und 2 auf. Die persönliche Einschätzung des eigenen Hauttyps deckte sich durchschnittlich in 69% mit der Einschätzung durch den Dermatologen. In knapp einem Viertel aber betrachteten sich die Teilnehmer als weniger lichtempfindlich gegenüber der Beurteilung durch den Facharzt. So berichten denn auch vor allem lichtempfindliche Hauttypen (Hauttyp 1 und 2) überdurchschnittlich oft von erlittenen starken Sonnenbränden in ihrer Kindheit.

54% der sich an der Aktion Präsentierenden hatten die zu beurteilende Läsion selber entdeckt. Lediglich 1.7% wurden von einem Arzt (Nichtdermatologe) auf den ihnen verdächtig erscheinenden Befund aufmerksam gemacht.

Bei 17.8% der an der Kampagne 2007 Untersuchten wurde schlussendlich das Vorliegen einer verdächtigen Hautläsion bestätigt. Am häufigsten waren mit 10.7% die aktinischen Keratosen, gefolgt von

Mindestens eine verdächtige Läsion
(Melanom, Basaliom, Spinaliom, Aktinische Keratose)



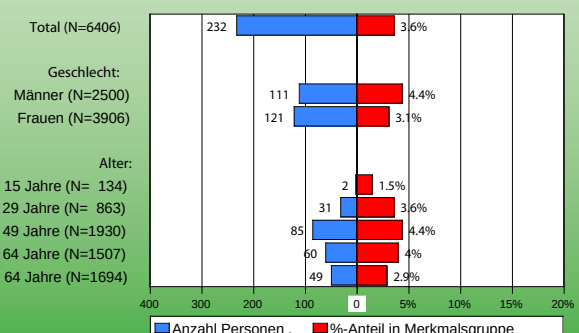
4.7% Basaliome und 3.6% Melanome.

Aktinische Keratosen wie auch auf Basaliom und Spinaliom verdächtige Befunde fanden sich wie erwartet überwiegend im Gesicht-Kopfbereich, wohingegen atypisch pigmentierte Läsionen mit gegen 60% am Stamm lokalisiert wurden. Männer wiesen mit 22.4% vermehrt verdächtige Läsionen auf als Frauen mit 14.8%.

Die vorgestellten Zahlen geben natürlich keine Auskunft über die effektive Anzahl aufgefundener Hautmalignome oder deren Präkursoren. Daten aus der Fachliteratur lassen aber wahrscheinlich erraten, dass zwischen 10 und 20% der klinisch vermuteten Melanome tatsächlich einem histopathologisch verifizierten entsprechen. Beim Basaliom, Spinaliom und der aktinischen Keratose dürfte die Übereinstimmung hingegen um die 90% liegen.

Interessant waren die Angaben zum Solarium-Besuch. Insgesamt gaben 12% der Untersuchten an, regelmässig ins Solarium zu gehen. Am häufigsten waren Solarien-Besuche bei Frauen zwischen 18 und 49 Jahren. Etwa 20% der Frauen dieser Altersgruppe gehen regelmässig

Verdächtige Läsion: Melanom



Neues aus der SGDV

ins Solarium. 5% davon sogar mehr als 1x pro Monat. Bei Personen, welche mindestens 1x pro Woche das Solarium besuchen, wurden in 7.5% der Fälle klinisch atypisch pigmentierte Befunde festgestellt, ein Wert, welcher mehr als dem Doppelten des Durchschnittswertes von 3.6% entspricht.

Wie schon 2006 war die Aktion der KLS und der SGDV deutlich in den Medien spürbar. Die Medien aller Schweizer Landesteile und Regionen haben das Thema Hautkrebsfrüherkennung im April und Mai aufgenommen und den Nationalen Hautkrebstag flächendeckend angekündigt. Neben privaten Anbietern haben alle drei nationalen Fernsehstationen (SF, TSR, TSI) sowie Radio DRS und RSR berichtet. Zudem wurden erstmals auch konkret Internet Newsportale angeschrieben – mit Erfolg.

Auch die grossen Gesundheitssendungen, wie Puls oder Gesundheit Sprechstunde widmeten sich unseren Anliegen. Gesamthaft wurde der Hautkrebstag zwischen dem 15. Januar 2007 und dem 8. Juni 2007 158 Mal in den Schweizer Medien erwähnt. Wir dürfen also davon ausgehen, dass die Aktion der KLS und der SGDV weite Teile der Bevölkerung erreicht hat.

Probleme finden sich in der Patientenstruktur. Insbesondere die Zahl der zu erreichenden Männer ist ungenügend. Es stellt sich auch die Frage nach der Optimierung des Fragebogens, der möglichst präzise Themen ansprechen, dabei nicht zu lang und übersichtlich sein sollte. Unklarheiten bestanden z.B. zu den Fragen zur Berufstätigkeit im Freien. Auch im klinischen Teil könnte die Datenerfassung besser sein. Jedoch ist auch verständlich, dass in diesen intensiven Tagen nicht alles im Detail ausgefüllt werden kann.

Unbefriedigend ist die Tatsache, dass in der Schweiz kein zentrales Krebsregister und ein solches eben auch nur in einem Teil der Kantone vorliegt. Somit kann über die Anzahl der anlässlich des Aktionstages diagnostizierten und später histopathologisch bestätigten Hautmalignome nur spekuliert werden. Dennoch darf die SGDV stolz sein auf Ihre Kampagne, die auch im Vergleich zu anderen europäischen Staaten wirkungsvoll erscheint. Für 2008 sind einige Verbesserungen und Ergänzungen geplant, wie z.B. ein Internetportal zur Beurteilung von



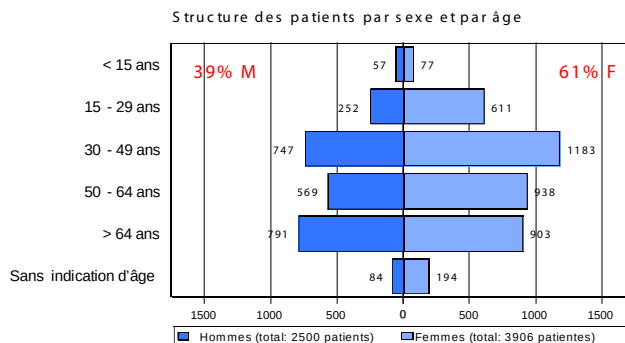
Hautläsionen, das vor allem Männer erreichen soll. Wir sind gespannt auf die kommende Aktion und bedanken uns schon heute für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüssen
Prof. Dr. med. Reinhard Dummer
Stv. Klinikdirektor, Dermatologische Klinik Zürich

Dr. med. Thomas Hofer
Präsident, SGDV

Suite à la première Semaine nationale du cancer de la peau, du 15 au 19 mai 2006, la commission d'experts du cancer de la peau a décidé de ne reconduire qu'une Journée nationale du cancer de la peau en 2007. Les membres de la commission d'experts et la Société suisse

Nouvelles de la SSDV

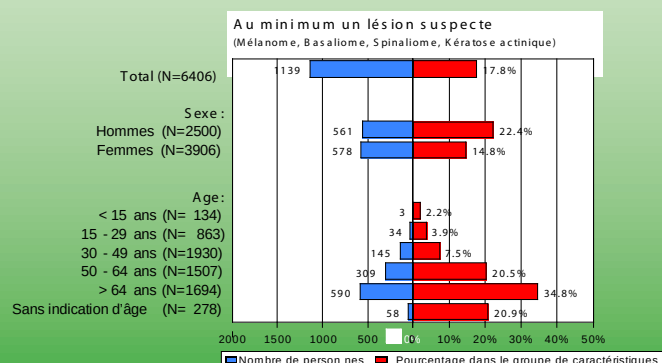


de dermatologie et vénérologie (SSDV) ont été unanimes à estimer que nos ressources actuelles ne suffisent pas pour être à l'œuvre une semaine entière. Comme en 2006, la journée 2007 a été organisée par la Ligue suisse contre le cancer, en collaboration avec la Société suisse de dermatologie et vénérologie ainsi que l'Office fédéral de la santé publique. En préambule de la Journée nationale du cancer de la peau, des questionnaires du risque ont été complétés dans quelque 400 pharmacies afin de mieux sélectionner les personnes à risque. Lors de la Journée nationale du cancer de la peau, plus de 150 dermatologues ont procédé gratuitement à des premiers examens dans des cabinets, des hôpitaux ou des cliniques universitaires. On estime à 8000 le nombre de patients examinés. Quelque 6490 questionnaires ont été complétés et envoyés à la Ligue suisse contre le cancer; sur ceux-ci, 6406 ont pu être exploités. Ce matériel fournit les données de la présente évaluation.

Les personnes examinées se composent de 61% de femmes pour seulement 39% d'hommes. En comparaison avec 2006, la proportion de femmes a encore augmenté. Cette tendance n'est pas souhaitée, car les évaluations montrent que les hommes présentent plus souvent des lésions suspectes.

Quelque 67% des personnes interrogées ont déclaré saisir l'occasion de la Journée nationale du cancer de la peau pour montrer une tache suspecte à un spécialiste, tandis que 13% ont participé parce qu'ils estimaient faire partie des personnes à risque. Quelque 10.9% des participants ont indiqué qu'un ou plusieurs mélanomes avaient déjà été diagnostiqués dans leur famille (premier degré de parenté) et 4.5% en avaient déjà développé eux-mêmes.

Environ 30% des personnes examinées ont un type de peau 1 ou 2. L'estimation personnelle du type de peau correspondait seulement à 69% en moyenne à l'estimation du dermatologue. Dans près d'un quart des cas, les participants se sont estimés moins sensibles à la lumière que le dermatologue. Les personnes de types de peau 1 et 2, sensibles à la lumière, ont mentionné plus souvent que la moyenne des coups de soleils importants durant leur enfance.



Quelque 54 % des participants avaient isolé eux-mêmes une lésion à examiner. Seul 1.7% d'entre eux ont été rendus attentifs à une lésion suspecte par un médecin non dermatologue.

Quelque 17.8% des participants à la campagne 2007 présentaient une lésion suspecte. Il s'agissait en majorité d'une kératose actinique (10.7% des cas), puis de carcinomes basocellulaires (4.7%) et de mélanomes (3.6%).

Les kératoses actiniques ainsi que les carcinomes basocellulaires ou spinocellulaires suspects ont été isolés, comme présumé, en grande majorité sur le visage. Les lésions pigmentées atypiques, par contre, ont été localisées pour 60% sur le tronc. Avec 22.4%, les hommes présentent plus de lésions suspectes que les femmes (14.8%).

Les chiffres qui ont été présentés ne donnent naturellement pas d'indication sur le nombre effectif des tumeurs malignes de la peau ou de leurs précurseurs. Les données recueillies dans des études spécialisées laissent penser que 10 à 20% des mélanomes suspectés de façon clinique présentent vraiment une pathologie des tissus. Les carcinomes basocellulaires et spinocellulaires ainsi que les kératoses actiniques se vérifient, eux, à 90%.

Les indications concernant les séances de solarium sont intéressantes. En tout, 12% des personnes examinées fréquentent régulièrement le solarium. Les personnes à s'y rendre le plus fréquemment sont les femmes de 18 à 49 ans. Environ 20 % des femmes de ce groupe d'âge fréquentent régulièrement le solarium, dont 5% plus d'une fois par mois. Quelque 7.5% des cas cliniques de pigmentation atypique ont été répertoriés chez les personnes qui suivent des séances de solarium au moins une fois par semaine, soit un taux plus de deux fois plus



manque de précision, notamment, à la question de l'activité en plein air. La saisie de données de la partie clinique pourrait également être améliorée. Il est toutefois compréhensible que tout ne puisse pas être complété en détail pendant ces journées d'activité intense.

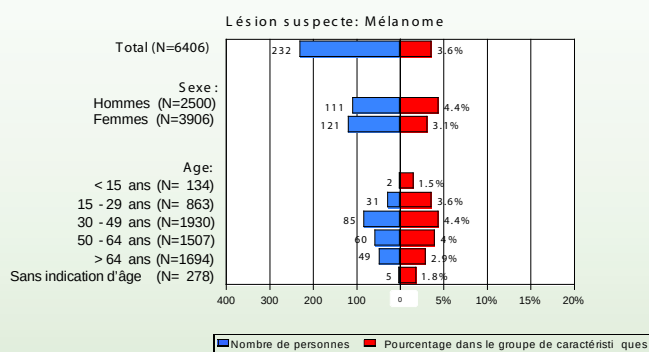
Le fait que la Suisse ne possède pas de registre des tumeurs centralisé est insatisfaisant, tout comme le fait que seuls certains cantons possèdent un tel registre. On ne peut donc que spéculer sur le nombre des tumeurs malignes de la peau qui sont diagnostiquées et confirmées par l'analyse des tissus suite à ces journées d'action. Toutefois, la SSDV est fière de sa campagne, qui paraît efficace en comparaison avec d'autres pays européens. Des améliorations et des compléments sont prévus pour 2008, notamment un portail Internet pour l'évaluation des lésions cutanées, qui devrait toucher les hommes essentiellement.

Nous nous réjouissons de la prochaine campagne et vous remercions d'ores et déjà pour votre soutien.

Meilleures salutations

Prof. Dr med. Reinhard Dummer
Vice-directeur, Clinique dermatologique Zurich

Dr med. Thomas Hofer
Président SSDV



élevé que la valeur moyenne qui est de 3.6%.

Comme en 2006, l'action de la Ligue suisse contre le cancer et de la SSDV a été largement couverte par les médias, avec des reportages et des articles sur le dépistage du cancer de la peau et sur la Journée nationale en avril et en mai, dans toutes les régions de la Suisse. En plus des organes privés, les trois chaînes de TV nationale (SF, TSR, TSI) et de radio (Radio DRS et RSR) ont couvert l'événement. Les portails de presse en ligne ont été contactés pour la première fois, avec succès. Les émissions importantes sur la santé, comme «Puls» ou «Gesundheit Sprechstunde», ont relayé notre information. La Journée nationale du cancer de la peau a été mentionnée 158 fois dans les médias suisses entre le 15 janvier et le 8 juin 2007. Nous pouvons en conclure que l'action de la Ligue suisse contre le cancer et de la SSDV a atteint une large part de la population.

Des problèmes résident dans la structure de la patientelle. Plus particulièrement, le nombre d'hommes atteints est insuffisant. Il est aussi prévu d'optimiser le questionnaire, afin qu'il traite de thèmes précis. Il doit encore être clair et pas trop long. On a constaté un

Acne vulgaris



Efficacité convaincante:



ACNE CREME PLUS

Pour le traitement local de l'acné vulgaire. La combinaison du peroxyde de benzoyle avec le miconazole assure une efficacité optimale et une bonne tolérance cutanée.

ACNE CREME PLUS Widmer

Composition: Benzoylis peroxidum 50 mg, Miconazoli nitras 20 mg. **Indication:** Acné vulgaire. **Contre-indication:** Hypersensibilité connue à l'un des composants du produit. **Précautions:** Eviter tout contact avec les yeux ou les muqueuses. **Effets indésirables:** Le peroxyde de benzoyle peut causer, surtout au début du traitement, des signes d'irritation cutanée à type de sensation de brûlures, d'une rougeur accompagnée de desquamation et de sécheresse. Tube de 30 ml. Liste C. Admis par les caisses-maladie.

LIPO SOL LOTION Widmer

Composition: Triclosan 2 mg. **Indications:** Nettoyage et désinfection de la peau pour toutes les formes d'acné et de séborrhée. **Précautions:** Eviter tout contact avec les yeux ou les muqueuses. Flacon de 150 ml. Liste D. Admis par les caisses-maladie.

Informations détaillées voir le Compendium Suisse des Médicaments.



LIPO SOL LOTION

Lotion détergente anti-bactérienne, extra-douce, sans effet kératolytique, élimine le sébum. Le complément efficace du traitement.

Dermatologica **Widmer**

SANTÉ DE LA PEAU

LOUIS WIDMER SA, Rietbachstrasse 5, 8952 Schlieren-Zürich

www.louis-widmer.com

Louis Widmer



Widmer

Ichthyoses, hyperkératoses



Produits différenciés
pour le traitement local

**CREME
CARBAMIDE
+VAS 0.03**

**CREME
CARBAMIDE
EMULSION
CARBAMIDE**

**BAIN
EXTRA-DOUX**

CREME CARBAMIDE+VAS 0.03 WIDMER: Composition: Tretinoïnum 0,3 mg, Ureum 120 mg, Dexpanthenolum 10 mg. **I:** Formes graves d'ichthyoses vulgaires et congénitales. Erythrodermies ichthyosiformes congénitales. Hyperkératoses folliculaires. Hyperkératoses palmaires et plantaires. **PO:** Appliquer 1-2 fois par jour. **CI:** Rosacée, dermatites aiguës, hypersensibilité connue. **P:** Eviter le contact avec les yeux et les muqueuses ainsi que l'exposition exagérée aux radiations solaires. **EI:** Rarement irritations de la peau. Tubes de 30 ml et 100 ml. Liste B. **Admis par les caisses-maladie.**

CREME CARBAMIDE WIDMER: Composition: Ureum 120 mg, Retinoli-palmitas 3000 U.I./g, Dexpanthenolum 10 mg. **I:** Hyperkératoses. Formes légères d'ichthyoses vulgaires et congénitales. Hyperkératoses folliculaires. Peau sèche et rugueuse. **PO:** Appliquer 1-2 fois par jour. **CI:** Hypersensibilité connue. **P:** Eviter tout contact avec les yeux et les muqueuses. **EI:** Rarement irritations de la peau. Tube de 100 ml. Liste D. **Admis par les caisses-maladie.**

EMULSION CARBAMIDE WIDMER: Composition: Ureum 80 mg. **I:** Dermatoses sèches et squameuses (hyperkératoses légères). Peau très sèche, rêche et eczémateuse. Traitement au long cours de l'ichthyose et de la neurodermite et prophylaxie des récives. **PO:** Appliquer 1-2 fois par jour. **CI:** Hypersensibilité connue. **P:** Eviter tout contact avec les yeux et les muqueuses. **EI:** Rarement irritations de la peau. Flacon de 150 ml. Liste D. **Admis par les caisses-maladie.**

BAIN EXTRA-DOUX WIDMER: Composition: Ichthylol® clair 30 mg, Extractum chamomillae 10 mg, Guajazulenum 0,25 mg. **I:** Bain pour les peaux sèches, rugueuses, eczémateuses. En cas d'ichthyoses, d'hyperkératoses, psoriasis, neurodermites, prurit, prurigo. **PO:** 2-3 bains par semaine. **P:** Eviter le contact avec les yeux et les muqueuses ainsi que l'exposition exagérée aux radiations solaires. **EI:** Rarement irritations de la peau. Flacon de 250 ml. Liste D. **Admis par les caisses-maladie.**

Informations détaillées voir le Compendium Suisse des Médicaments.

Louis Widmer SA, 8952 Schlieren

Dermatologica **Widmer**
SANTE DE LA PEAU

Louis Widmer


www.louis-widmer.com

Nationaler Hautkrebstag 2008

Der Nationale Hautkrebstag 2008 findet erneut in Zusammenarbeit mit der Krebsliga Schweiz im Rahmen von Euromelanoma statt, welche den Montag 5. Mai 2008 zum Melanoma-Monday erklärt hat.

Wichtigste Partner der Kampagne sind nach wie vor die Dermatologen der Universitätskliniken, der Spitäler und der Praxen. Sie werden, analog zum letzten Jahr, in der eigenen Praxis oder in neutralen Räumlichkeiten Risikopersonen kostenlos auf auffällige Pigmentmale untersuchen. Explizit sei festgehalten, dass es sich bei dieser Aktion um Teil-Untersuchungen und nicht um Ganzkörper Screenings der Haut handelt.

Haben Sie sich noch nicht angemeldet? Für den Bezug des Anmeldeformulars melden Sie sich beim Generalsekretariat der SGDv: sgdv-ssdv@hin.ch

Journée nationale de dépistage du cancer de la peau 2008

La Journée nationale du cancer de la peau 2008 se déroulera une nouvelle fois dans le cadre d'Euromelanoma, qui a fixé le Melanoma-Monday au 5 mai 2008.

Les dermatologues des cliniques universitaires, des hôpitaux et des cabinets seront une nouvelle fois les principaux partenaires de cette campagne. Les personnes à risques pourront, comme l'année dernière, faire examiner gratuitement leurs taches de pigmentation suspectes dans les cabinets ou dans les locaux neutres des dermatologues participant à cette action. A noter qu'il s'agit d'exams locaux et non de dépistages sur le corps entier.

Pour plus de renseignements ou des bulletin d'inscription, veuillez vous adresser au secrétariat général de la SSDV : sgdv-ssdv@hin.ch

Fortbildung 2005-2007

Formation continue période 2005 – 2007

Werte Kollegen/-innen,

Die zweite dreijährige Fortbildungsperiode 2005-2007 ist abgelaufen.

Mit unserem Schreiben von 24. Januar haben wir Sie auf folgende Punkte hingewiesen:

- Gemäss Art. 11 der am 6. Dezember 2007 revidierten Fortbildungsordnung (FBO) der FMH führen alle Fortbildungspflichtigen ein Fortbildungsprotokoll, in dem Sie die geleistete Fortbildung auflisten (schriftliche Form obligatorisch). Wir empfehlen Ihnen, das von der SGDv vorbereitete Formular zu benutzen.
- Gemäss Art. 10 der gleichen FBO müssen Sie gegenüber Ihrer Fachgesellschaft den Nachweis über die geleistete Fortbildung erbringen. Es handelt sich dabei um eine Selbstdeklaration. Wir bitten Sie dieses Formular auszufüllen und uns bis zum 29. Februar 2008 zu retournieren. Die SGDv wird deren Empfang bestätigen. Die Empfangsbestätigung reicht als Beleg für die kantonale Steuerbehörde aus.
- Wenn Sie zusätzlich zur Bestätigung Ihrer geleisteten Fortbildung ein Fortbildungsdiplom FMH/SGDV Dermatologie Venerologie wünschen, füllen Sie die Selbstdeklaration entsprechend aus und legen uns eine Kopie Ihres Fortbildungsprotokolls bei. Dieses kostet für SGDv-Mitglieder CHF 50.- und CHF 150.- für Nicht-Mitglieder.
- Eine Kontrolle der Fortbildungsprotokolle wird durch Losentscheid bei 10% der Träger des Facharztstitels für

Dermatologie und Venerologie durchgeführt. Die Ziehung hat anfangs Februar 2008 vor Zeugen stattgefunden. Die durch die Ziehung ausgewählten Ärzte/-innen wurden informiert und schicken uns ihr Fortbildungsprotokoll sowie Kopien der Teilnahmebescheinigungen (der FB von einem halben Tag und mehr) ein. Bei Erfüllen der Voraussetzungen wird Ihnen anschliessend automatisch ein Fortbildungsdiplom FMH/SGDV Dermatologie und Venerologie zugestellt.

Prof. Dr. med. Lars French
Präsident der KWFB der SGDv

Dr. Thomas Hofer
Präsident der SGDv

Die Formulare erhalten Sie beim Generalsekretariat der SGDv : sgdv-ssdv@hin.ch

Chères et Chers Confrères,

La deuxième période de 3 ans, 2005 – 2007, de votre programme de Formation Continue (FC) est arrivée à son terme.

Avec notre courrier du 24 janvier, nous vous avons informé que :

Neues aus der SGDV

- selon l'Art 11 du Règlement de la Formation Continue (RFC), révisé du 6 décembre 2007, de la FMH vous devez tenir un Procès verbal consignait vos activités de perfectionnement (Obligation de consigner par écrit). Nous vous encourageons à utiliser le formulaire préparé par la SSDV.
- Selon l'Art 7 c) du même RFC vous devez attester que vous avez effectué votre formation continue auprès de votre Société de discipline. C'est une déclaration sur l'honneur. Nous vous prions d'utiliser le formulaire préparé par la SSDV et à nous le faire parvenir avant le 29 février 2008. La SSDV accusera réception de ce document. Il pourra servir de justificatif pour l'autorité fiscale de certains cantons.
- Si vous souhaitez recevoir un Diplôme FMH / SSDV de FC en Dermatologie et Vénérologie attestant que vous avez effectué votre FC, vous devez le mentionner sur votre « Déclaration volontaire » et nous faire parvenir une copie de votre Procès verbal consignait vos activités de perfectionnement. Ce diplôme sera facturé 50.- CHF pour les membres SSDV et CHF 150.- pour les non-membres.

Nouvelles de la SSDV

- Un contrôle des Procès Verbaux des activités de perfectionnement est effectué par la SSDV par un sondage de 10% des porteurs de titres en Dermatologie et Vénérologie. Le tirage au sort a été effectué devant témoins début février 2008. Les médecins qui ont été tirés au sort ont été invités à faire parvenir leur Procès Verbal récapitulatif avec les copies des attestations (FC d'une demi-journée et plus). Les dermatologues, ayant rempli les conditions, recevront par la suite le diplôme FMH / SSDV de FC en Dermatologie et Vénérologie.

Professeur Dr. med. Lars French
Président de la Commission FPC de la SSDV

Dr Tom Hofer
Président de la SSDV

Les formulaires peuvent être demandés au secrétariat général de la SSDV : sgdv-ssdv@hin.ch

Freis Forum

Selon le Traité de dermatologie de JH Saurat, les envies sont de petites érosions traumatiques des replis unguéaux dont la couche superficielle épidermique reste fixée à la peau sous forme d'un petit éperon corné. Ce phénomène fréquent est source de complications ; nous avons demandé au Dr Robert Baran ce qu'il pensait de cette affection. Voici sa réponse.

HANGNAILS, A NORMAL CONDITION ?

Periungual tissues are subject to trauma. They may be self-inflicted erosions of the nail folds in associations with neurosis. The ulnar side of the nail is most vulnerable and there may be small, triangular tags of epidermis, «hangnails», which are painful and vulnerable to secondary infection. Hangnails may also result from occupational injuries.

These lines are extracted from our Text on nails¹ but the association of hangnails and neurosis is still debatable and I could not resist to the pleasure to offer the readers some lines of the letter I have received from my best friend and usual partner. «When I saw this picture in the business section of our national daily paper (The Daily Telegraph, Tuesday, November 27, 2007) I instinctively and immediately thought of you and our nail «works» together! I remember saying in our discussions about our book chapters, before they were finalised, that one could be perfectly «normal, stable and at peace with the world» and «bite and pick» one's nails and periungual tissue.»

«Biting the hand that leads you» is the title given to the photograph published in the Daily Telegraph with the following legend: «These chewed fingernails belong to Gordon Brown, who fresh from his worst week as Prime Minister, attempted to restore business's faith in Labour at the CBI annual conference».



On the left, hang nail, on the right, severe nail dystrophy consecutive to onychotillomania

Rodney Dawber added about Gordon Brown's nails : «They are often much worse than this».

What about the treatment of hangnails? A moisturiser cream applied after hand washing is helpful. As torn hangnails may become infected they should be removed with sharp-pointed scissors and the affected skin area treated with mupirocin. But I have now decided to avoid any systemic treatment for this condition...

Dr R. Baran

Reference

1. Baran R, Dawber RPR, de Berker D, Haneke E, Tosti A. The Baran and Dawber's Diseases of the nails and their management. Oxford – Blackwell Science 2001.

Dermatologica Helvetica Award 2007

Der Redaktionsausschuss der Dermatologica Helvetica freut sich anzukündigen, dass mehrere Preise an Dermatologen vergeben werden konnten, die 2007 signifikant zum Journal der Dermatologica Helvetica beigetragen haben.

1. Preis
2. Preis

CHF 5 000.-
CHF 3 000.-

Dr. A. Campanelli, Genf
Dr. C. Mainetti, Bellinzona

CONTRIBUTIONS

Dr A. Campanelli,

Hôpital Cantonal Universitaire de Genève:

DH 4: Quiz

DH 6: Quiz

DH 6: Contributions des Centres de formation FMH

DH 10: Quiz

Dr C. Mainetti,

Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli Bellinzona:

DH 6: Contributions des Centres de formation FMH

DH 9: Contributions des Centres de formation FMH

DH 10: Contribution des Centres de formation FMH

Le Comité de Rédaction de Dermatologica Helvetica a le plaisir d'annoncer que plusieurs prix ont été attribués à des dermatologistes qui ont significativement contribué au Journal Dermatologica Helvetica durant l'année 2007.

1^{er} Prix
2^e Prix

CHF 5 000.-
CHF 3 000.-

Dr A. Campanelli, Genève
Dr C. Mainetti, Bellinzona



**Dermatologica
Helvetica**

Identification rapide des champignons dans les ongles par PCR

M. Monod, O. Bontems, R.G. Panizzon



Service de Dermatologie

Introduction

Le diagnostic d'une onychomycose est basé d'abord sur la mise en évidence d'un champignon dans les lésions par un examen mycologique direct ¹, puis sur l'isolement du champignon en culture et son identification. Les agents pathogènes sont des dermatophytes dans la majorité des cas (*Trichophyton rubrum* et *Trichophyton mentagrophytes*), mais aussi des levures du genre *Candida* et des moisissures. Il y a deux problèmes majeurs avec les cultures de champignons à partir d'ongles. (i) Aucun champignon ne pousse dans environ 35% des cas où une onychomycose a été démontrée par un examen mycologique direct positif. ² (ii) De nombreuses espèces de moisissures sont isolées, et il est souvent difficile d'affirmer si une moisissure est réellement l'agent étiologique d'une onychomycose, ou s'il s'agit d'une contamination qui pousse à partir de spores isolées contaminant les ongles. Seul l'isolement répétitif d'une moisissure à partir de plusieurs prélèvements permet avec certitude de conclure à son implication comme agent infectieux dans une onychomycose. Face à ces problèmes, nous avons développé une méthode simple et rapide pour identifier in situ les champignons dans les ongles.

Méthode

La méthode décrite ci-dessous n'a été appliquée que sur des ongles pour lesquels l'examen mycologique direct s'est révélé positif ¹ (Fig. 1-2). Les ongles sains de volontaires ont été utilisés comme contrôles négatifs. L'ADN des champignons dans un fragment d'ongle est extrait en utilisant un kit commercial après dissolution de l'ongle dans une solution de sulfure de sodium (Na_2S) ². Une partie de l'ADN codant pour la sous-unité 28S des ribosomes est ensuite amplifiée par PCR en utilisant des amorces universelles (LSU1 et LSU2) utilisables pour toutes les espèces de champignons ² (Fig. 3). Pour identifier l'espèce de champignon incriminée dans l'onychomycose, soit le fragment amplifié est ensuite séquencé, soit son profile de digestion par des enzymes de restriction est analysé (Fig. 4).

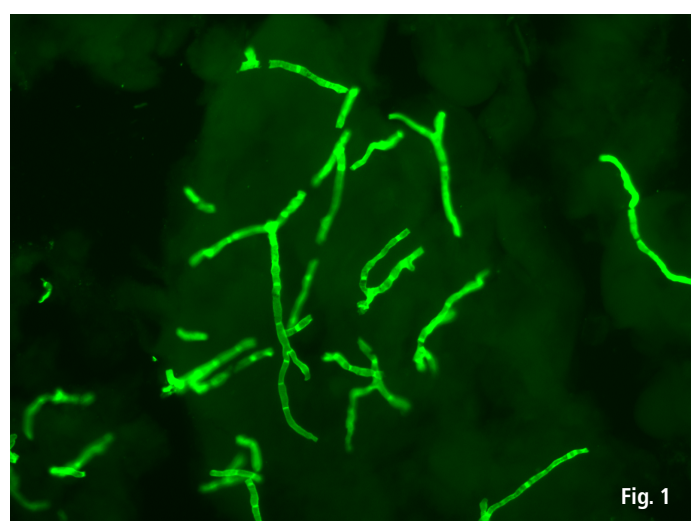


Fig. 1

Examen mycologique direct d'un fragment d'ongle : Le prélèvement est déposé sur une lame dans une goutte de réactif (dissolvant au Na_2S + fluorochrome) ², et recouvert d'une lamelle. L'examen se fait à l'aide d'un microscope à fluorescence avec un filtre d'arrêt bleu (400-440 nm).

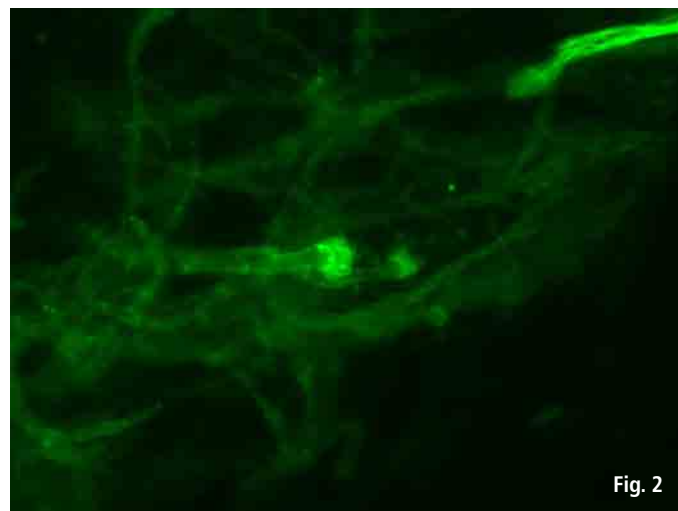


Fig. 2

Examen mycologique direct d'un fragment d'ongle montrant des conidiophores d'*Aspergillus oryzae* (identification en culture, et confirmée par la séquence du produit PCR).

Résultats

Pour valider la méthode, des ongles à partir desquels un dermatophyte (*Trichophyton rubrum* ou *Trichophyton mentagrophytes*) avait poussé en culture ont été testés. Les résultats obtenus ont confirmé l'identification du champignon dans 100% des cas ². Avec la même méthode, *Fusarium* spp. et *Scopulariopsis brevicaulis* ont été identifiés dans 80% des cas où ces moisissures avaient poussé en culture. Dans 20% des cas, d'autres espèces de champignons ont été révélées, ou le champignon n'a pas pu être identifié car les séquences obtenues

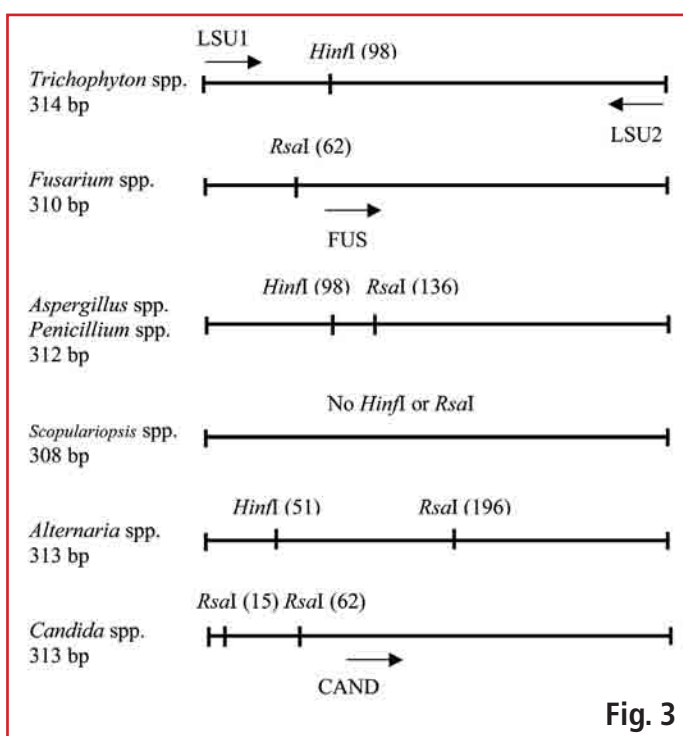


Fig. 3

Cartes de restriction des fragments de l'ADN ribosomique amplifiés, pour les champignons les plus fréquents dans les onychomycoses.

Eczéma séborrhéique Sur la vague sans corticoïdes

EFALITH® CREME

(succinate de lithium + sulfate de zinc)

Le traitement local à efficacité antimycosique
et antibactérienne. Rapide, persistant,
à tolérance cutanée optimale.



Simulation



EFALITH® CREME Widmer.

Composition: Substances actives: Lithii succinas 80 mg, Zinci sulfas 0,5 mg. Excipients ad unguentum par 1g. **Propriétés/Effets:** La CREME EFALITH® Widmer est indiquée dans le traitement topique de la dermatite séborrhéique. La CREME EFALITH® Widmer est une crème H/E incolore. Les deux substances actives qui la composent, le succinate de lithium et le sulfate de zinc, ont des propriétés anti-inflammatoires et antiprurigineuses. Les ions lithium, présents sous forme de succinate de lithium, sont efficaces sur les inflammations cutanées. Le lithium a des propriétés bactériostatiques et antimycosiques. Le sulfate de zinc est connu pour son action sur les lésions cutanées inflammatoires. **Indications:** Dermatite séborrhéique. **Posologie/Mode d'emploi:** Appliquer la CREME EFALITH® Widmer deux fois par jour, matin et soir, sur la peau atteinte et masser légèrement pour faire pénétrer. Le traitement sera poursuivi jusqu'à obtention d'une amélioration, généralement sur 4 semaines. Pour s'assurer de la persistance de cette amélioration sur une longue période, on continuera d'appliquer la CREME EFALITH® Widmer à une moindre fréquence ou par intermittence. On se lavera bien les mains après chaque application. A ne pas utiliser chez l'enfant et l'adolescent de moins de 15 ans. **Contre-indications:** Hypersensibilité connue à l'un des constituants ou à l'un des excipients indiqués sous Composition. **Précautions:** Eviter le contact avec les yeux et les muqueuses. A ne pas utiliser en cas de psoriasis (on a décrit des exacerbations d'un psoriasis traité oralement par le lithium). **Grossesse/Allaitement:** Catégorie de grossesse C. **Effets indésirables:** On a fréquemment observé de légères irritations transitoires de la peau et des paupières. **Présentation:** Tube de 20 ml (B). **Mise à jour de l'information:** Décembre 2004. Louis Widmer SA, CH-8952 Schlieren.

Dermatologica **Widmer**

SANTÉ DE LA PEAU

Louis Widmer



www.louis-widmer.com

Peaux sèches, rugueuses, démangeaisons et eczéma



BAIN EXTRA-DOUX DERMATOLOGIQUE Widmer

Composition:

Ichthylol® clair 30 mg,
Extractum chamomillae 10 mg,
Guajazulenum 0,25 mg.

Indication:

Bain pour les peaux sèches,
rugueuses, eczémateuses.
En cas d'ichthyoses, d'hyper-
kératoses, psoriasis, neuro-
dermites, prurit, prurigo.

Posologie:

2-3 bains par semaine.

Précautions:

Eviter le contact avec les
yeux et les muqueuses ainsi
que l'exposition exagérée
aux radiations solaires.

Présentation:

Flacon de 250 ml. Liste D.

Admis par les caisses-maladie.

Informations détaillées voir
le Compendium Suisse des
Médicaments.

Louis Widmer SA,
8952 Schlieren

BAIN EXTRA-DOUX DERMATOLOGIQUE

L'additif aux bains pour la santé
de votre peau

Pour le traitement précis des peaux sèches, rugueuses et des
démangeaisons. Avec des propriétés regraissantes, antiseptiques,
antiprurigineuses et anti-inflammatoires.

Dermatologica **Widmer**
SANTÉ DE LA PEAU

Louis Widmer


www.louis-widmer.com



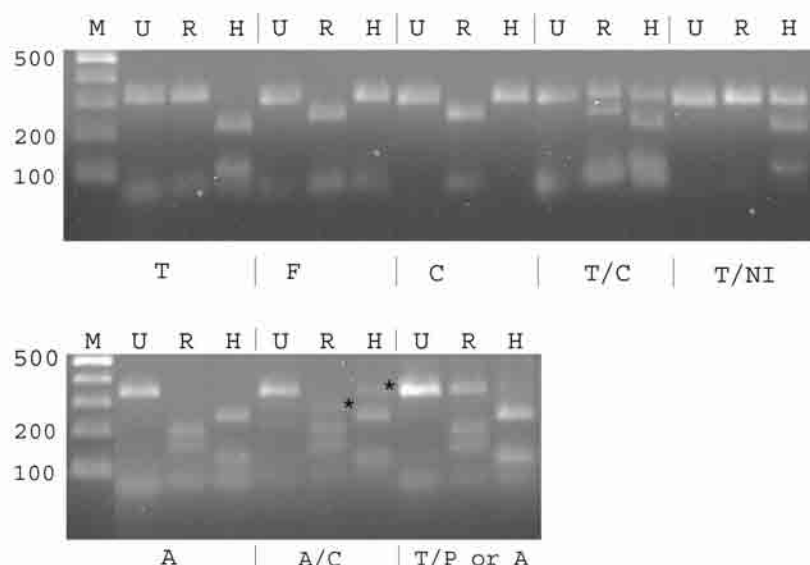


Fig. 4

Profils de digestion des fragments amplifiés de l'ADN ribosomique. M: Marqueurs pour évaluer la taille des fragments; U: produit d'amplification non digéré; R: digestion par l'enzyme RsaI ; H: digestion par l'enzyme HinfI. T, F, C, A, P et NI codent respectivement pour Trichophyton, Fusarium, Candida, Aspergillus, Penicillium et espèce non identifiée. Quatre cas d'infections mixtes sont présentés sur cette figure.

n'étaient pas interprétables ².

Finalement nous avons cherché à identifier les champignons dans des ongles où les prélèvements étaient demeurés stériles en culture ou avaient généré des moisissures autres que *Fusarium* spp et *S. brevicaulis*. Nous avons pu montrer que les *Acremonium* spp., *Aspergillus oryzae* (Fig.2), *Aspergillus versicolor*, *Penicillium citinum* isolés en culture étaient effectivement l'espèce de champignon infectant l'ongle ². D'autres moisissures telles que *Alternaria* spp., *Aspergillus niger*, et *Aspergillus fumigatus* étaient des contaminants. Ces champignons avaient poussé en culture, mais d'autres espèces étaient révélées par PCR en prenant comme cible l'ADN extraits du même ongle. *Candida albicans* et *Candida parapsilosis* pouvaient être aussi bien des agents infectieux que des contaminants.

Conclusion

Les résultats obtenus par PCR donnent une image de l'infection à l'instant où a été fait le prélèvement. C'est un état des lieux. Il est possible qu'au fil du temps certaines moisissures identifiées aient infecté l'ongle après un autre champignon (par exemple *Trichophyton rubrum*). Cependant, les méthodes d'identification des champignons in situ dans les ongles par PCR permettent de substantielles améliorations du diagnostic des onychomycoses :

1. L'identification de l'agent infectieux peut être obtenue en 48h versus 1-3 semaines avec des cultures
2. Il a été possible de montrer que la majorité des *Fusarium* spp., *Acremonium* spp et *S. brevicaulis* identifiés en culture étaient en fait les agents infectieux. Ceci est très important car un grand nombre de ces onychomycoses à *Fusarium* et *Acremonium* se sont révélées insensibles à certains traitements. D'autres moisissures ont été reconnues comme agents infectieux, et distinguées d'autres moisissures qui sont des contaminants.
3. Dans 70% des cas une seule espèce a été mise en évidence dans les prélèvements. L'identification directe des champignons dans les ongles a mis en évidence que la prévalence des moisissures comme agents infectieux dans les onychomycoses était élevée. Un dermatophyte n'a été identifié que dans 60% des cas où des moisissures autres que *Fusarium* spp. et *S. brevicaulis* étaient isolées ou lorsque les essais de cultures demeuraient stériles. Nous estimons la fréquence des onychomycoses à moisissures à 20-30% des cas, sans compter les infections mixtes (10%).

Les statistiques données à ce sujet dans la littérature varient énormément. Par exemple, les onychomycoses à moisissures sont estimées à 3% des cas au Canada ³, alors qu'elles apparaissent être plus nombreuses que celles à *Trichophyton* dans une population gériatrique aux Etats-Unis ⁴.

L'identification des champignons dans les ongles par PCR est à la fois simple, rapide et beaucoup plus sensible que les cultures. Les bons résultats obtenus font qu'elle est appelée à être utilisée en routine lorsque la présence de champignon a été démontrée par un examen direct positif et qu'assez de matériel a été prélevé par le médecin. Quelle est notre pratique en routine au laboratoire de mycologie au CHUV ? Des cultures sont faites pour chaque cas où une onychomycose est suspectée, en parallèle à un examen mycologique direct. L'identification des champignons dans les ongles par PCR est effectuée dans de nombreux cas pour confirmer la présence de *Fusarium* et *Acremonium* qui apparaissent insensibles aux traitements actuels efficaces contre les dermatophytes.

Références

1. Monod M, Baudraz-Rosselet F, Ramelet AA, Frenk E: Direct mycological examination in dermatology: a comparison of different methods. *Dermatologica* 1989;179:183-186.
2. Monod M, Bontems O, Zaugg C, Léchenne B, Fratti M, Panizzon R. Fast and reliable PCR/sequencing/RFLP assay for identification of fungi in onychomycoses. *J Med Microbiol* 2006; 55:1211-1216.
3. Summerbell RC, Kane J, Kradjen S. Onychomycosis, tinea pedis and tinea manuum caused by nondermatophytic fungi. *Mycoses* 1989; 32:609-619.
4. Scherer WP, McCreary JP, Hayes WW. The diagnosis of onychomycosis in a geriatric population: a study of 450 cases in South Florida. *J Am Podiatr Med Assoc* 2001; 91:456-464.

Correspondence

Dr Michel Monod,
Service de Dermatologie et Vénérologie
Laboratoire de Mycologie, BT422
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
1011 Lausanne
Tel: 41 21 314 0376. Fax: 41 21 314 0378. E-mail: Michel.Monod@chuv.ch

Exzision von mehr als 5cm² und / oder Nachexzision eines Melanomes am Körper

Ch. Antille, S. Abraham, M. Skaria, A. Skaria

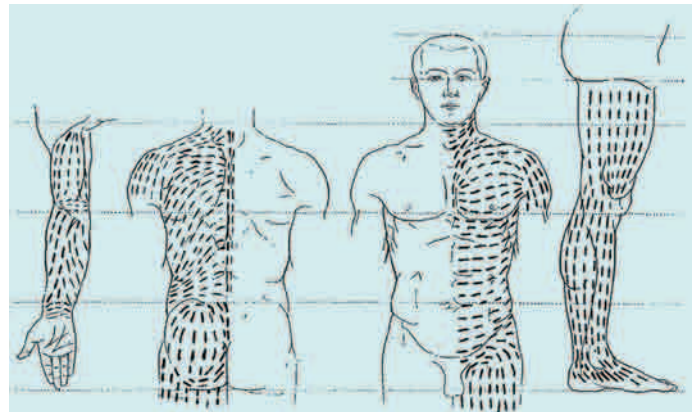
Unité de chirurgie dermatologique, Service de Dermatologie,

Die Exzision von mehr als 5cm² oder eine Nachexzision eines malignen Melanomes (Breslow weniger als 1 mm) mit einem Sicherheitsabstand von einem cm ist oft eine Herausforderung für den Dermatologen. In den meisten Fällen ist ein Seit zu Seit Verschluss nach Unterminierung der Haut möglich. In den anderen Fällen muss ein Hautlappen oder-transplantat in Erwägung gezogen werden. Das Hauttransplantat ist eine Option der zweiten Wahl im Hinblick eines eventuell wichtigen Gewebeverlustes im Subkutanbereich, welcher infolgedessen eine schüsselförmige Narbe hinterlässt, welche ästhetisch als nicht zufriedenstellend bewertet werden muss. In diesem Artikel stellen wir einen einfachen Behandlungsansatz zum Verschluss dieser Defekte dar, um ein akzeptables ästhetisches Resultat zu garantieren.

Die Exzision

Die Exzision sollte wie in der Darstellung 1 durchgeführt werden. Der Operateur misst und zeichnet den Sicherheitsabstand um die Hautläsion. Die Exzision wird sodann mit einer 15er oder 20iger Klinge in der Haut durchgeführt. Wir empfehlen die Exzision in der Regel nicht spindelförmig durchzuführen, ausser in den Fällen in welchen der Operateur sicher ist, dass ein Seit zu Seit Verschluss möglich ist. Die Exzision bis zur Faszie wird stumpf durchgeführt, d.h. durch vorsichtiges Spreizen des Gewebes mit einer stumpfen Schere um Verletzungen von Nerven oder Blutgefässen zu verhindern. Die Koagulation erfolgt Schritt für Schritt, um eine gute Sicht im Operationsfeld zu behalten. Sobald die Faszie sichtbar wird kann das Exzizat einfach von der Faszie abgelöst werden. Dieser suprafasziale Raum ist praktisch avaskulär und ist zur Unterminierung prädisponiert.

derm kann mittels Dexon 4.0 oder PDS 4.0 adaptiert werden. Die Cutis wird mittels PDS 4.0 oder Dexon 4.0 vernäht. In der Folge können die « Ohren » welche sich beidseits der Narbe bilden nach dem üblichen Schema korrigiert werden.



Darst. 2. Die Exzision am Körper und den Extremitäten sollten nach dem obigen Schema der 5ten Ausgabe des Textbuches von Saurat ausgeführt werden. Diese Linien sind zum grossen Teil rechtwinklig zu den sogenannten RSL (relaxed skin tension lines) welche gewisse Autoren leider noch heutzutage als Referenz nehmen.



Darst. 1. Die Exzision sollte auf die notwendige Gewebeentnahme beschränkt bleiben. In der Regel entnehmen wir keine Spindel, ausser wenn wir sicher sind, dass ein Direktverschluss durchgeführt werden kann.

Die Rekonstruktion

Der Spindelverschluss

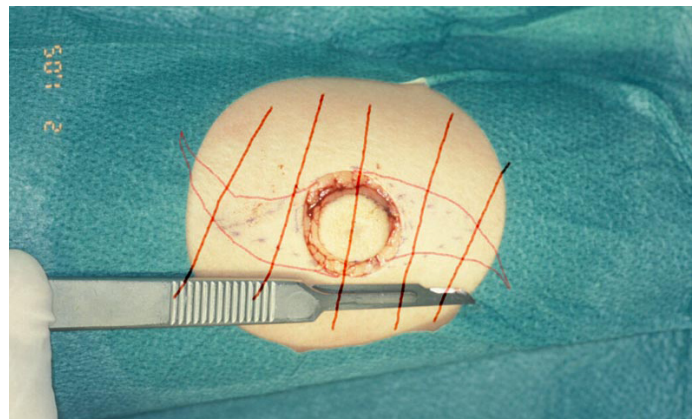
Den Verschluss eines Defektes so einfach wie möglich zu gestalten verhindert oft Komplikationen, dies darf jedoch nicht auf Kosten eines inakzeptablen funktionellen oder ästhetischen Resultates geschehen. Als erstes sollte versucht werden nach der Unterminierung im suprafaszialen Bereich die Wundränder mit Hauthaken aneinander zu fügen, sodass sich die Narbe möglichst nach den dargestellten Linien im Schema 2 ausrichtet. Wir möchten den Leser darauf hinweisen, dass diese Linien nicht den relaxed skin tension lines (RSL) entsprechen, welche als Basis für die aktuelle Dermatochirurgie nicht mehr verwendet werden sollten. Wenn zu viel Zug auf den Wundrand herrscht, sollte die Haut zwischen Hypodermis und Dermis noch zusätzlich unterminiert werden. Diese Unterminierung hilft im Weiteren eine bessere Aufwerfung der Wundränder mit besserer Wundrandadaptation und somit schönerer Narbenbildung. Das Hypo-

Der « Lazy S » Verschluss

Wenn die Wundränder bei der Adaptation mittels den Wundhaken zu fest unter Zug stehen, muss man sich überlegen ob eine Hautplastik « lazy S » Abhilfe schaffen kann. Dies kann man testen, indem man die Wundränder ein wenig « versetzt » aneinanderfügt um die Zugkräfte auf zwei Achsen zu verteilen. Die Verteilung der Zugkräfte auf zwei Achsen erlaubt mehr Gewebe zu mobilisieren und somit den Zug auf die Wundränder zu vermindern. (Fig. 3.)

Der Inzellappen

Dieser Hautlappen bleibt die Option wenn die zwei übrigen Verschlussstech-



Darst. 3. Eine Alternative zur klassischen Hautspindel ist das « lazy S ». Das « lazy S » erlaubt die Zugkräfte auf zwei Achsen zu verteilen, was eine bessere Mobilisierung der Wundränder erlaubt, als auch eine Verminderung der Zugkräfte auf dieselben. In rot sind die Axen der Zugkräfte dargestellt, welche unterschiedlich ausgerichtet sind und somit eine Umverteilung derselben erlaubt.

Nouveau

EAU THERMALE Avène

L'innovation pour les peaux atopiques



TriXéra⁺

SELECTIOSE

SELECTIOSE®

Une molécule amphiphile issue du Rhamnose

Principe actif breveté par la Recherche Pierre Fabre

Une action sur tous les 4 symptômes de la dermatite atopique

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| 1 Trio lipidique | ▶ Reconstitue la barrière cutanée |
| 2 SELECTIOSE | ▶ Réduit l'inflammation |
| 3 Eau thermale Avène | ▶ Réduit les irritations et apaise |
| 4 Glycocolle | ▶ Diminue les démangeaisons |

Pour le nettoyage



Pour le soin



niken nicht realisiert werden können. Bei dieser Rekonstruktion muss der Narbenverlauf erneut nach den obengenannten Prinzipien orientiert werden. Danach zeichnet man zwei Dreiecke beidseits des Defektes ein, als ob man eine Spindelexzision durchführen wollte. Die Haut wird sodann inzidiert und das Subkutangewebe mit der Präparationsschere stumpf getrennt. Jedes Gefäss muss vorsichtig koaguliert werden. Die Gewebetrennung muss nicht bis zur muskulären Faszie fortgeführt werden, man muss darauf achten, den letzten Drittel des Subkutangewebes nicht zu durchtrennen um eine genügende Durchblutung des Lappenstiles zu gewährleisten. In den einzelnen Dreiecken muss man die Haut zwischen Dermis und Hypodermis vom Defekt her unterminieren, wobei darauf zu achten ist, dass man nicht mehr als ein Drittel der Gesamtlänge des Lappens unterminiert. Der untere Drittel wird auch entsprechend der Darstellung (Fig 4.,5.,6.) von der Spitze des Dreiecks her präpariert. Jetzt kann man versuchen diese beiden Dreiecke zusammenzufügen. Wenn die beiden dreieckigen Hautlappen zu fest unter Zug stehen, ist man gezwungen



Darst. 6. Obwohl der Gewebestil der beiden Insellappen dünn und fragil erscheint, zeigt der Hautlappen nach fünf Tagen keine ischämischen Veränderungen. Diese Hautlappenplastik ist empfindlich, giebt jedoch sicherlich ein ästhetisch besseres Resultat als ein Vollhauttransplantat und erlaubt eine schnellere Heilungsphase.



Darst. 4. Die Markierung der Insellappen entspricht der Form einer Spindelexzision. Die Winkel der beiden Enden sollten nicht grösser als 60° sein. Im Zentrum der Exzision sieht man die grau erscheinende Muskelfaszie.

die Unterminierung in der Dermis als auch im Hypoderm bis auf die Hälfte der Lappenlänge auszudehnen. Wir möchten hierbei unterstreichen, dass während der ganzen Operation darauf geachtet werden sollte, dass die beiden Hautlappen nicht durch die ständigen Manipulationen traumatisiert werden um sekundäre Nekrosen zu verhindern.



Darst. 5. Dieses Bild zeigt deutlich die Trennung der oberflächlichen Dermis vom Hypoderm welches das Auffalten des Hautlappens erlaubt. Die graue Zone im Zentrum der Exzision entspricht der Muskelfaszie.

Diese Hautlappenrekonstruktion ist einfach durchzuführen und birgt ein geringes Risiko nicht zu gelingen. In ästhetischer und funktioneller Hinsicht gibt diese



Rekonstruktionweise sicherlich bessere Resultate als ein Hauttransplantat, vor allem im Falle z.B. einer Melanomnachexzision welche bis zur Muskelfaszie reicht und eine Subkutanfdefekt bildet. Die Rekonstruktion mittels Hautlappenplastik trägt immer den Vorteil, dass die Haut nahe des Defektes genommen wird. Dies wiederum erlaubt eine Anästhesie per continuum und möglichst identische Hauttextur als auch Hautfärbung. Der Nachteil dieser Hautlappenplastik besteht in seiner unnatürlichen geometrischen Form als auch einer gewissen Fragilität, wenn der Hautlappen bei der Manipulation zu fest traumatisiert wurde. Ein weiterer kritische Punkt dieses Hautlappens ist sein relativ kleiner Gewebestil, welcher ein postoperatives Oedem fördert (trapdooring, pin cushioning). Dieses Oedem kann relativ einfach durch lokale Behandlung mittels eines Dermokortikoides (Klasse IV) 1x pro Tag während 4 – 6 Wochen oder 0,1 ml Kenacort A10 ou A40 intraläsionel behandelt werden.

Schlussfolgerung

Wir haben verschiedenen einfache Rekonstruktionsmöglichkeiten bei einem grösseren Hautdefekt am Körper oder an den Extremitäten aufgezeichnet. Diese Vorgehensweise eignet sich besonders für ältere Patienten, welchen man eine Weiterleitung zum Dermatochirurgen nicht zumuten möchte. Bei gewissen Patienten wären andere Hautplastiken besser angezeigt (Transpositions-lappen, O-Z Plastik), erfordern jedoch auch fortgeschrittene Kenntnisse der Dermatochirurgie.

Literaturangaben

1. J.-H. Saurat, Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles, Chapitre 22, 4ème édition. Masson 2004.
2. A.M. Skaria, Refinement of the island pedicle flap : parallel placed release incisions to increase translation movement. Dermatol Surg. 2004 Dec, 30 (12 Pt 2) :1595-8.

Pompholyx

Das griechische Ursprungswort ist
πομφολυξ = Bläschen
πεμφιξ = Blase

Diese Bezeichnung wurde von Robert Willan (Engländer, 1757-1817, eigentlicher Begründer der Dermatologie) für den Pemphigus gewählt. Im Gegensatz dazu verwendete Alibert (Franzose, 1766-1837) für die bullösen Eruptionen die Bezeichnung Pemphigus abgeleitet von Pempnix. Pemphigus setzte sich für die Bezeichnung dieser Erkrankungen durch. Pompholyx wurde aber noch vor nicht zu langer Zeit für den blasigen Zustand an Handflächen und Fusssohlen - Cheiro- Podo pompholyx - angewendet. Heute ist dafür die Bezeichnung Dyshidrose getreten wobei man dabei an Bläschen denkt.

Pompholyx

Le mot grec d'origine est:

πομφολυξ = pompholyx = vésicule

Cette dénomination a été donnée par Robert Willan (médecin anglais, 1757-1817, vrai fondateur de la dermatologie) au pemphigus. Alibert, médecin français (1766-1837), décide d'appeler les maladies bulleuses pemphigus originaire de pempnix. Ce terme va subsister. Par la suite Pompholyx va être employé pour décrire un état vésiculeux localisé aux mains et aux pieds cheiro- podo-pompholyx. Aujourd'hui cet état est appelé dyshidrose et pompholyx plutôt réservé pour désigner la présence des bulles comme on le voit quelquefois lorsque des vésicules confluent.

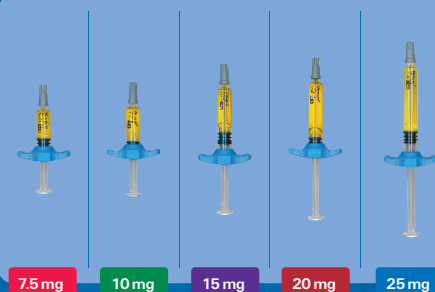
Metoject®

Für mehr Lebensqualität



Methotrexat Fertigspritzen zur Selbstinjektion bei Psoriasis

sicher
einfach
kassenzulässig



Metoject® (Methotrexat-Dinatrium):

I: Schwere, aktive rheumatoide Arthritis bei erwachsenen Patienten. **D:** individuell dosieren **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Methotrexat oder einem der Hilfsstoffe, Leberinsuffizienz, Alkoholabusus, Niereninsuffizienz, Vorbestehende Blutdyskrasie, Schwere, akute oder chronische Infektionen, Ulzera der Mundhöhle und bekannte Ulzera des Magen-Darm-Traktes, Schwangerschaft, Stillzeit. Gleichzeitige Impfung mit Lebendimpfstoffen. **IA:** Alkohol, hepatotoxische, hämatotoxische Arzneimittel, Orale Antibiotika, Probenecid, schwache organische Säuren, Pyrazole und nicht-steroidale Antiphlogistika, Arzneimittel mit unerwünschten Wirkungen auf das Knochenmark, Arzneimittel die Folsäuremangel verursachen, Andere Antirheumatika, Sulfasalazin, Protonenpumpeninhibitoren, Koffein- oder Theophyllin-haltige Getränke. **UW:** Stomatitis, Dyspepsie, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Anstieg der Transaminasen Leukozytopenie, Anämie, Thrombozytopenie, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Benommenheit interstitielle Alveolitis/Pneumonitis, Ulcerationen der Mundschleimhaut, Diarrhoe, Exantheme, Erytheme, Pruritus. **Swissmedic** Liste A. Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz. Gebro Pharma AG, Liestal

Quiz

Dr D. Viero, Dr M. Harms - Genève

Ein 40-jähriger Patient bekannt für eine Polytoxicomanie und einer Hepatitis C konsultiert wegen eines seit einem Jahr aufgetretenen Tumors der rechten Schulter. Die Veränderung hatte sich vorerst als derbe Platte manifestiert dann aber ein deutliches Dickenwachstum angenommen.

Status

Erythematöser Tumor von 3,5 cm Durchmesser von derber Konsistenz. Er ist nicht mit den tiefen Gewebeschichten verwachsen. An der Oberfläche sind Teleangiectasien zu bemerken.

Wie lautet Ihre Diagnose und welche Differentialdiagnosen erwägen Sie ?

Patient de 40 ans, connu pour une polytoxicomanie et une hépatite C chronique, qui présente depuis 1 an une lésion tumorale en regard de l'omoplate droite.

La lésion s'est manifestée d'abord sous la forme d'une plaque indurée avec ensuite une progression exophytique.

Status

Tumeur de 3.5 cm de diamètre, érythémateuse et très ferme à la palpation. Elle n'est pas fixée aux structures sous-jacentes, et présente des téléangiectasies en surface.

Quel est votre diagnostic et quels diagnostics différentiels envisagez-vous ?



Quiz

Die vorgestellte Klinik lässt folgende Differentialdiagnosen zu: Dermatofibrom, Fibrosarkom, Liposarkom, desmoplastisches Melanom, Dermatofibrosarkom protuberans und ein Neurofibrom.

Das histologische Bild zeigt unter einer atrophischen Epidermis eine sehr dichte Proliferation von fusiformen Zellen, die die oberflächliche und mittlere Dermis einnimmt und sich bis in die Hypodermis ausdehnt. In der oberflächlichen Epidermis finden sich zahlreiche dilatierte Gefäße. Die Immunomarkierung dieser Zellen ist negativ für Protein S 100, Melan-A und Faktor XIII aber positiv für Vimentin und CD34.

Diagnose

Das klinische Bild, die Histologie und die Immunhistologie sprechen für die Diagnose eines Dermatofibrosarkoms von Darier-Ferrand (DFSP)

Kommentar

Es handelt sich um einen seltenen Tumor mit einer Prävalenz von 1: 1000 000; er ist aber das häufigste kutane Sarkom. Männer scheinen häufiger betroffen zu sein als Frauen (3:2). Das mittlere erste Auftreten situiert sich um das vierte Lebensjahrzehnt aber es sind auch kongenitale oder in der Kindheit auftretende DFSP bekannt (1). Der fibrozytäre Tumor ist klonal (2), intradermal, ausgehend von Fibrozyten, die das Antigen CD34 exprimieren und durch eine signifikante Translokation der Chromosomen 17 und 22 charakterisiert sind (3). Man unterscheidet verschiedene histologische Untertypen von denen das DFSP mit sarkomatöser und jenes mit myxoider Komponente hervorzuheben sind da sie eine viel ernstere Prognose haben (häufige Lokalrezidive und Metastasen) und eine negative Immunomarkierung für CD 34 aufweisen können.

Die Prädispositionsstellen des DFSP sind der Stamm insbesondere im Interskapularbereich aber auch die Extremitäten, der Kopf und der Hals können betroffen sein.

Klinisch manifestiert er sich anfänglich als eine rotbraune oder hautfarbene mit Teleangiektasien versehene Plaque, die noch nicht mit tiefen Strukturen verpackt ist.

Die Evolution ist langsam und nicht schmerzhaft während Monaten oder Jahren aber ohne Behandlung kommt es zu einem endo-exophytischen Wachstum mit Infiltration in die darunterliegenden Gewebestrukturen. Nach unvollständiger Exzision ist der Aspekt oft multinodulär und infiltrativ. Es besteht keine Tendenz zur Ulzeration.

Die Therapie der Wahl ist die Exzision mit einem Sicherheitsabstand von 3 cm im Gesunden. Diese Tumorform hat typischerweise eine horizontale digitiforme Ausbreitung, die klinisch nicht sichtbar ist und die nur mithilfe von histologischen Kontrollen in 3 Dimensionen erfasst werden kann. Die schrittweise Exzision der histologisch positiven Randabschnitten bis ins gesunde Gewebe (histographische Chirurgie) verspricht eine erhöhte Heilungsquote (97%).

Bei positiven histologischen Randbezirken erhöht sich die Rezidivrate auf 50% (4). Der Interwall zwischen der Resektion und dem Rezidiv ist sehr variabel (zwischen 1 und 100 Monaten), im Mittel 32-38 Monate (5,6).

Eine Bestrahlungstherapie kann diskutiert werden wenn

es sich um einen inoperablen Tumor handelt oder wenn trotz mehrerer Exzisionen die histologischen Kontrollen positiv ausfallen (7).

Kürzlich wurde von Fällen berichtet, die gut auf eine Behandlung mit Imatinib Mesylate, einem Hemmer der Proteine der Tyrosinkinase. Tatsächlich bestehen bei dem DFSP Chromosomenanomalien (Translokation zwischen den Chromosomen 17 und 22), die zu einer abnormen Aktivierung der Tyrosinkinase des « platelet-derived growth factor receptor beta » führt was als Tumorgenese angesehen werden könnte.

Hämatogene und lymphogene Metastasen sind selten beschrieben (meist pulmonär lokalisiert (8), meist bei rezidivierenden Tumoren oder den DFSP mit myxoider oder sarkomatöser Komponente.

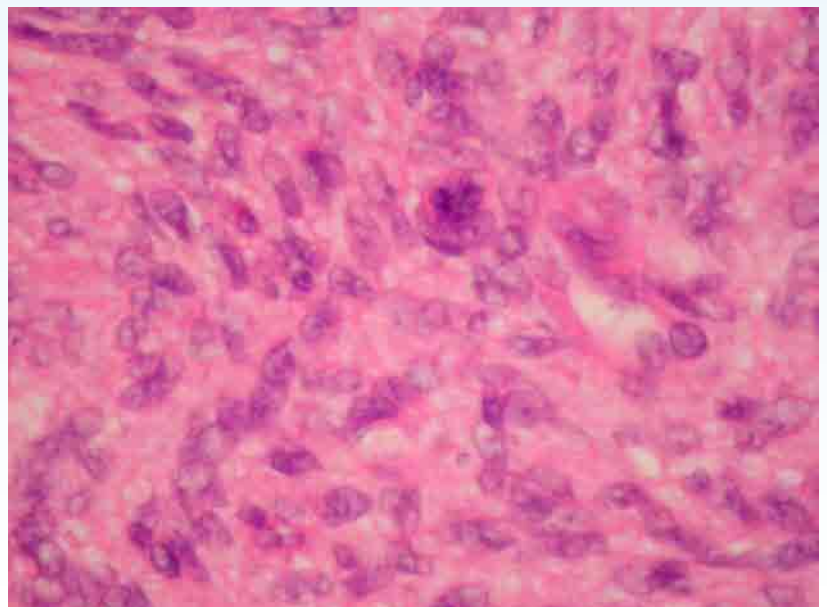
Eine radiologische Thoraxuntersuchung ist in allen Fällen angezeigt sowie ein CT des Thorax bei weit fortgeschrittenen primären Tumoren und /oder einem histologischen Typ von ungünstiger Prognose. Das klinische Follow-up ist in den ersten 3 Jahren in 6-monatigen Abständen und dann 1 x jährlich zu programmieren.

Literatur

1. Weinstein et coll. Arch Dermatol 2003 ; 139 :207-211
2. [Sirvent N. et coll., Ann. Dermatol. Vénéréol., 1998, 125,149
3. Torreggiani et coll. AJR Am J Roentgenol. 2002; 178:989-993.
4. Suit et coll. J Clin Oncol.1996 ; 14 :2365-2369
5. Chang et coll. Eur J Surg Oncol. 2004 ; 30 :341-345
6. Browne et coll. Cancer.2000 ; 88 :2711-2720

Devant ce tableau clinique le diagnostic différentiel envisagé comprend un dermatofibrome, un fibrosarcome, un liposarcome, un mélanome desmoplastique, un dermatofibrosarcoma protuberans et un neurofibrome.

L'histologie montre sous un épiderme atrophique une prolifération cellulaire très dense d'aspect fusiforme qui occupe le derme superficiel, moyen et profond en s'étendant jusqu'à l'hypoderme. Dans le derme superficiel on trouve également de nombreux vaisseaux dilatés. Les immunomarquages montrent que ces cellules sont négatives pour la protéine S100, le Mélan-A et le facteur XIII et elles sont positives pour la vimentine et le CD34.



Quiz

Diagnostic

Devant ce tableau clinique, histologique et immuno-histologique nous retenons le diagnostic de Tumeur de Darier Ferrand (dermato-fibrosarcoma protuberans : DFSP)

Commentaire

Il s'agit d'une tumeur rare, mais avec une prévalence de 1 :100 000, elle est le sarcome cutané le plus fréquent. Les hommes semblent être plus touchés que les femmes [3, 2]. L'âge d'apparition moyen est la quatrième décennie de vie, mais la tumeur peut être congénitale ou apparaître pendant l'enfance [1].

Il s'agit d'une tumeur fibrocytaire clonale [2], intradermique, dérivant de fibrocytes exprimant l'antigène CD34 et caractérisée par une translocation significative entre les chromosomes 17 et 22 [3]. Il y a plusieurs sous-types histologiques, à signaler le DFSP avec composante sarcomateuse et le DFSP myxoïde, qui présentent un moins bon pronostic (récidives locales et métastases plus fréquentes), et peuvent être négatifs aux immunomarquages CD34.

Le DFSP se localise préférentiellement au tronc, surtout au niveau des épaules, mais également aux membres inférieurs et supérieurs,

la tête et au cou.

Cliniquement elle se manifeste au début comme une plaque érythémateuse sombre ou de couleur chair adhérent à la surface mais pas au plan profond. Des télangiectasies peuvent être visualisées en surface.

L'évolution est lente non douloureuse sur plusieurs mois, voir années, mais si laissée en place elle montre une croissance endo-exophytique avec infiltration des structures sous-jacentes. En cas d'excision insuffisante, la récurrence se présente avec des lésions multi-nodulaires, bosselées et infiltrées. Il n'y a pas de tendance à l'ulcération.

L'IRM peut être utilisée pour visualiser la profondeur de la tumeur, surtout chez les patients qui présentent des lésions étendues et récidivantes.

Le traitement de choix du DFSP est l'excision avec marges de 3 cm en tissu sain. Ce type de tumeur présente typiquement une extension horizontale digitiforme cliniquement inapparente, qui peut être détectée seulement avec le contrôle de toutes les marges histologiques (histologie 3D avec sections de paraffine). Une ré-excision au niveau des marges positives jusqu'en tissu sain (chirurgie histographique) assure un taux de guérison élevé (97%).

En cas de marges histologiques positives la tendance à la récurrence locale s'élève jusqu'à 50% [4]. L'intervalle entre la résection chirurgicale et la récurrence est très variable (entre 1 et 100 mois), avec une moyenne de 32-38 mois [5,6].

Une radiothérapie adjuvante peut être discutée en cas de tumeur inopérable, ou de marges d'exérèse positives malgré plusieurs sessions de chirurgie [7].

Plus récemment des cas reports ont montré une bonne efficacité de l'imatinib mesylate, un inhibiteur des protéines de la tyrosine kinase. En effet le DFSP présente des anomalies chromosomiques (translocation significative entre les chromosomes 17 et 22) qui amènent à une activation anormale de la tyrosine kinase du platelet-derived growth factor receptor beta, qui seraient à la base de la genèse tumorale.

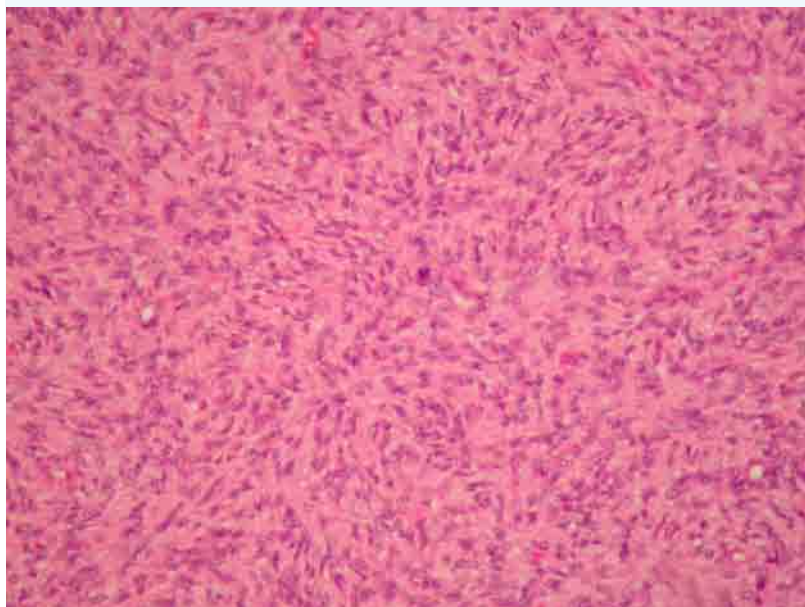
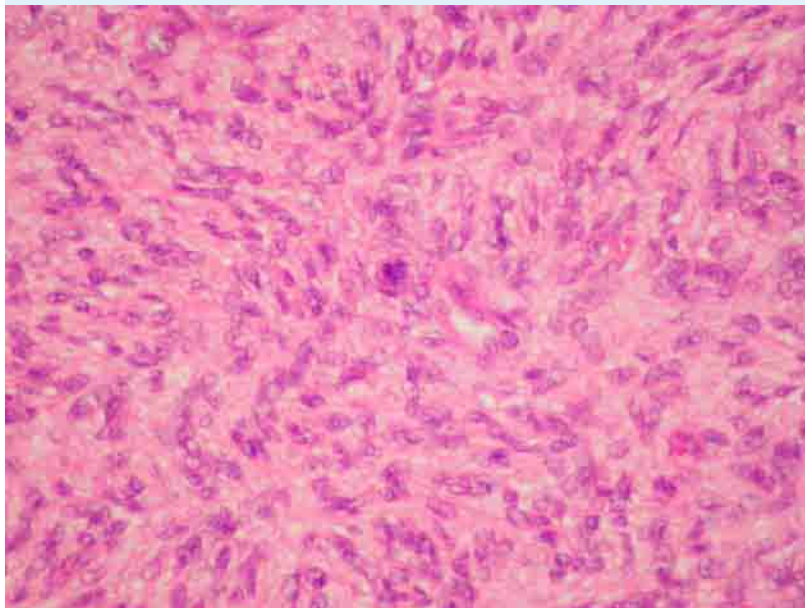
Rarement sont décrites métastases hématogènes, ou lymphatiques (localisées principalement au niveau pulmonaire [8]), surtout en cas de tumeur récidivant, et dans les formes de DFSP avec composantes myxoides et sarcomateuses.

Une radiographie du thorax est donc conseillée dans tous les cas, complétée par un CT thoracique en cas de tumeur primaire avancée et/ou avec sous-type histologique de mauvais pronostic.

Le follow up clinique est à prévoir chaque 6 mois pour les 3 premières années, ensuite 1x/an.

Références

1. Weinstein et coll. Arch Dermatol 2003 ; 139 :207-211
2. Sirvent N. et coll., Ann. Dermatol. Vénéréol., 1998, 125,149
3. Torreggiani et coll. AJR Am J Roentgenol. 2002; 178:989-993.
4. Suit et coll. J Clin Oncol. 1996 ; 14 :2365-2369
5. Chang et coll. Eur J Surg Oncol. 2004 ; 30 :341-345
6. Browne et coll. Cancer. 2000 ; 88 :2711-2720



Your access to international research and experience in dermatology

Dermatology



NEW Information Services

RSS Feeds

Subscribe to Karger *RSS* (Really Simple Syndication) feeds and you have the latest articles of your favorite journals always at your fingertips !

Continuously updated, the RSS feeds for Karger journals list the latest 20 articles which were published online and provides you with direct access to the article's abstract page and contents.

Alert Service

The upgraded *Karger Alert System* offers a much wider selection and various interesting settings. Most importantly, it now includes e-articles alerts for online-first journals as well as early book announcements and book release notifications ! Compose your own free alert profile to make the most of this new information tool

To open your alert account go to www.karger.com/drm and click on the button Alerts & RSS.

**Free access to Dermatology for all
SSDV/SGDV members on www.derma.ch**

KARGER

S. Karger AG
P.O. Box
CH-4009 Basel
(Switzerland)
www.karger.com

Plus qu'un simple soulagement des symptômes
***Prise en charge globale
en cas de Psoriasis****



- Le seul **récepteur humain du TNF α** ¹
- **Efficacité puissante et de longue durée**²
- **Thérapie biologique la plus prescrite au monde**³ contre les rhumatismes d'origine inflammatoire* et le psoriasis¹



Because ordinary is not enough.

Références:

¹ Enbrel® Information médicale (www.kompendium.ch) ² Stephen Tying et al. Long-term safety and efficacy of 50 mg of Etanercept twice weekly in patients with psoriasis. Arch Dermatol. 2007; 143: 719-726. ³ IMS 2006

Information médicale abrégée: Enbrel® (Etanerceptum)

Indications: *Polyarthrite rhumatoïde active (PR), arthrite psoriasique (APS), et arthrite chronique juvénile (ACJ) lorsqu'un traitement standard antérieur par antirhumatismaux de fond (DMARD) a été insuffisant, le traitement des adultes avec une progression de la polyarthrite sévère sans traitement précédant avec méthotrexate, la spondylarthrite ankylosante (SA) en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel, **ainsi que le traitement des adultes atteint du psoriasis (PSO) de sévérité moyenne à grave.** **Posologie:** Adultes: 25 mg 2 x par semaine par injection sous-cutanée. Alternative pour PR, SA ou APS: 50 mg 1 x par semaine. Enfants et adolescents (4 – 17 ans): 0.4 mg/kg poids (max. 25 mg par injection) 2 x par semaine par injection sous-cutanée. Alternative pour PSO: 2 x 50 mg pendant les 12 premières semaines. **Contre-indications:** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Septicémie ou risque de septicémie. Un traitement par Enbrel® ne devrait pas être initié chez les patients ayant des infections évolutives. **Précautions:** infections, insuffisance cardiaque, réactions allergiques, troubles de l'hématopoïèse, anomalies du SNC, de même qu'un risque potentiel plus élevé de lymphomes et d'affections malignes. **Grossesse/Allaitement:** l'utilisation d'Enbrel® chez la femme enceinte et pendant l'allaitement n'est pas recommandée. **Effets indésirables:** Infections (y compris infections des voies respiratoires & infections graves), tumeurs malignes, autoanticorps. Depuis la mise sur le marché quelques cas de démyélinisation et dyscrasie sanguine ont été rapportés. Réactions au site d'injection. **Interactions:** Le méthotrexate n'a pas d'effet sur la pharmacocinétique de l'etanercept. **Présentation:** 4 seringues pré-remplies à 25 mg** ou flac-amp. à 25 mg**. 2 seringues pré-remplies à 50 mg** ou flac-amp. à 50 mg**. Enbrel® doit être conservé entre 2 – 8 °C. Catégorie de vente B. **Admis par les caisses-maladie. Pour des informations détaillées, se reporter au Compendium Suisse des Médicaments® ou sur www.documed.ch.